

GUÍA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS ADOLESCENTES EN REPÚBLICA DOMINICANA



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA





Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

Título original:

Guía para la Atención Integral en Salud de Personas Adolescentes en República Dominicana

Coordinación editorial:

Viceministerio de Garantía de la Calidad

Diseño y diagramación: Karen Cortés H.

Iconografía: www.iconstock.com / www.nounproject.com

ISBN: 978-9945-591-73

Primera edición: 1,000 ejemplares



Este documento ha sido elaborado con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Santo Domingo, República Dominicana
Marzo, 2019



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

GUÍA PARA LA
**ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
DE PERSONAS ADOLESCENTES
EN REPÚBLICA DOMINICANA**

Santo Domingo, D. N.
Marzo 2019

CRÉDITOS

FORMULACIÓN:

Dra. Indiana Barinas
Dra. Monika Carrión
Licda. Diana Mancebo

COLABORACIÓN:

Dr. Francisco Abreu
Dra. Bruna Caro
Dra. Andelys De la Rosa
Licda. Fior De los Santos
Dra. Mayra Díaz
Dra. Rosa Flores
Licda. Juana Lizardo
Dra. Esther Marte
Dra. Martina Mateo
Dra. Zobeyda Peralta
Dra. Patricia Reyna
Dr. Iván Sánchez
Dra. Yndira Morales
Licda. Mirian Serrano

EVALUACIÓN EXTERNA:

Dra. Marianela Vega,
Consultora Banco Interamericano para el Desarrollo
Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología
Servicio Nacional de Salud
Adelante Jóvenes Adelante, Inc.
Unidad de Formulación y Elaboración de Guías y Práctica Clínica
y Protocolos de Atención



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

AUTORIDADES

DR. RAFAEL SÁNCHEZ CÁRDENAS

Ministro de Salud Pública

DR. NEFTALÍ VÁSQUEZ

Viceministro de Garantía de Calidad

DR. HÉCTOR QUEZADA

Viceministro de Salud Colectiva

DR. JOSÉ SANTANA

Viceministro de Planificación

DR. JOSÉ MANUEL PUELLO

Director Salud de la Población

DR. JOSÉ MORDAN

Encargado de Salud de la Familia

DR. JUAN CARLOS DE JESÚS

Coordinador División Materno-Infantil y Adolescentes



RESOLUCIÓN 90008
QUE PONE EN VIGENCIA LA CUARTA GENERACIÓN
DE NUEVE (9) PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD
Y LA TERCERA GENERACIÓN DE CUATRO (4) GUÍAS
DE ATENCIÓN EN SALUD PARA DIVERSOS EVENTOS
CLÍNICOS.



“Año de la Innovación y la Competitividad”

20-08-19

RESOLUCION NO. 00008

QUE PONE EN VIGENCIA LA CUARTA GENERACIÓN DE NUEVE (9) PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD Y LA TERCERA GENERACIÓN DE CUATRO (4) GUÍAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución dominicana del 13 de junio de 2015.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

000008

20-08-19

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

VISTO: La Resolución No. 000013. d/f. 19-06-018, que pone en Vigencia la Tercera Generación de Veintinueve (29) Protocolos de Atención en Salud y Una (1) Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido Prematuro.

En el ejercicio de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de las siguientes guías y protocolos de atención en salud:

1. Protocolo de Atención al Neonato con Hipotiroidismo Congénito.
2. Protocolo de Atención para Reanimación Neonatal.
3. Protocolo de Atención para el Manejo de Hipertensión Arterial del Adulto en Condiciones de No Emergencia.
4. Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Trastorno del Desarrollo Intelectual en Niños, Niñas y Adolescentes.
5. Protocolo de Manejo Nutricional del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica.
6. Protocolo de Manejo Nutricional En Paciente Quemado Pediátrico Hospitalizado.
7. Protocolo del Manejo Nutricional en el Paciente Quirúrgico Adulto.
8. Protocolo de Soporte Nutricional en el Período de Embarazo y Lactancia.
9. Protocolo de Anticoncepción.
10. Guía de Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva.
11. Guía De Diagnóstico Y Tratamiento De VIH/Sida Pediátrico.
12. Guía De Consejería Preconcepcional, Prenatal Y Post Evento Obstétrico En El Contexto De Las Enfermedades Transmitidas Por Picadura De Mosquitos.
13. Guía Para La Atención Integral En Salud De Personas Adolescentes En República Dominicana.

000008

20-08-19

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud , correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

SEXTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los VEINTE (20) días del mes de AGOSTO del año dos mil diecinueve (2019).



DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CÁRDENAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	14
2. OBJETIVO	15
3. ALCANCE DE LA GUÍA.	15

SECCIÓN I.

FUNDAMENTOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	17
1.1 LAS PERSONAS ADOLESCENTES.	18
1.2 ENFOQUES Y PRINCIPIOS.....	21
1.3 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS ADOLESCENTES	25

SECCIÓN II

ESPACIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA: AMIGABLES Y DE CALIDAD	27
2.1 SERVICIOS AMIGABLES Y DE CALIDAD: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS.....	28
2.2 SERVICIOS QUE RESPONDAN A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	29
2.3 CRITERIOS PARA CONSIDERAR A LOS SERVICIOS AMIGABLES Y DE CALIDAD.....	31
2.4 EL CICLO DE CALIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS AMIGABLES PARA PERSONAS ADOLESCENTES.....	33
2.5 PRINCIPALES BARRERAS QUE LIMITAN QUE LAS PERSONAS ADOLESCENTES UTILICEN LOS SERVICIOS.....	34
2.6 PERFIL DESEABLE DEL PERSONAL Y/O EQUIPO QUE LABORA EN LOS SERVICIOS PARA PERSONAS ADOLESCENTES.....	36
2.6.1 Conocimientos, actitudes y prácticas en recursos humanos que trabajan con adolescentes:	36
2.7 MODALIDADES DE SERVICIOS AMIGABLES Y DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES.....	37
2.8 ESTRATEGIAS PARA HACER QUE UN SERVICIO SEA AMIGABLE Y DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES.....	38

SECCIÓN III

COMPONENTES DE INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES DE LA CONSULTA AMBULATORIA DE PERSONAS ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA 41

3.1	DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES DE INTERVENCIÓN.....	42
3.1.1	Componente de gestión.	43
3.1.2	Componente de promoción.	45
3.1.3	Componente de prevención.	47
3.1.4	Componente de atención.. . . .	49
3.2	ACTIVIDADES DE LA CONSULTA AMBULATORIA DE PERSONAS ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.	50
3.2.1	Actividades de atención integral con enfoque preventivo y énfasis en salud sexual y salud reproductiva.	52
3.2.2	Actividades de atención específica a la morbilidad y otras condiciones relacionadas con la salud sexual y salud reproductiva	98
1.1	CAPTACIÓN TEMPRANA.	106
1.2	CONSULTA PRENATAL.	107
1.2.1	La evaluación de riesgos en la adolescente embarazada.	108
1.3	ACTIVIDADES DE IEC INDIVIDUAL Y GRUPAL.	109
1.4	CONSEJERÍA, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	110
1.5	LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL EVENTO OBSTÉTRICO CON PREVENCIÓN DE UN SIGUIENTE EMBARAZO.	110
1.6	CONSULTA PUERPERIO/POSTPARTO-POSTABORTO.....	111
1.7	CONSULTA DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD DE ADOLESCENTES.....	112

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 115

ANEXOS 123

1. INTRODUCCIÓN

Esta guía para la atención integral de personas adolescentes ha sido elaborada por el Ministerio de Salud Pública en el marco del **Proyecto de Abordaje de la Salud Integral de Adolescentes con Énfasis en la Reducción de Embarazos y Mortalidad Materna 2013-2015**, ejecutado a través del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAIISA), bajo la coordinación del Gabinete de Coordinación de la Política Social (GCPS) y financiado con recursos provenientes del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

En este contexto se trabajó en la actualización del marco normativo y los protocolos de atención, incluida esta Guía orientada a proporcionar al personal de salud y sectores vinculados los criterios conceptuales y lineamientos operacionales que guían la atención integral a las personas adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, con base en los derechos humanos y en la perspectiva de género, en el marco de las reglamentaciones y normativas establecidas por el Ministerio de Salud de la República Dominicana.

El proceso de diseño de este material incluyó una etapa diagnóstica que comprendió la revisión de evidencias y buenas prácticas para el abordaje de la salud sexual y reproductiva de personas adolescentes, además de los marcos legales vigentes, políticas, planes, reglamentos y demás normativas relacionadas con la salud de esta población. También fueron realizadas consultas tanto con personal técnico del Ministerio de Salud e instituciones vinculadas al trabajo con adolescentes y jóvenes, como con personal multidisciplinario que oferta atención directa en servicios de salud. Como parte del proceso se consultó a personas adolescentes, teniendo en cuenta la diversidad en relación con edad, género, escolaridad, orientación sexual y contexto sociocultural.

Al término de esta primera etapa se produjo una versión preliminar de la Guía, que fue la base para el proceso a seguir en la segunda etapa, correspondiente a la validación, y se generaron de forma progresiva nuevas versiones del documento a partir de talleres y jornadas de validación de carácter técnico y operativo, estas últimas en el escenario de los servicios de salud y con activa participación de adolescentes. Las diferentes versiones fueron revisadas y ajustadas por un equipo de profesionales expertos que colaboraron en el proceso y revisada por una consultora externa, a fin de obtener una versión definitiva como resultado del consenso, basada en evidencias, en correspondencia con la realidad nacional y que responda a las necesidades de las personas adolescentes.

El presente documento consta de tres partes, la primera está dedicada a abordar el marco conceptual y técnico que fundamenta la atención integral en salud a las personas adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva. En la segunda parte del documento se presentan los aspectos referidos a los servicios amigables y de calidad para adolescentes. La última parte comprende los procedimientos que describen las acciones específicas de atención.

República Dominicana cuenta en la actualidad con la mayor cohorte de adolescentes y jóvenes de su historia, aproximadamente la tercera parte de la población total, que constituyen un “bono demográfico” como actores estratégicos para el desarrollo social, y se hace necesario garantizar espacios y oportunidades para la salud y el desarrollo humano e integral de esta población.

En este marco, es imperativo para una entrega efectiva de los servicios y programas para la población adolescente, que el personal de salud: técnico, gerencial, administrativo y responsable de la provisión de servicios; así como al personal de las instituciones vinculadas al trabajo en redes y a las propias personas adolescentes este dotado de herramientas e instrumentos que apoyen el fortalecimiento de las acciones dirigidas a garantizar el derecho a la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos en el ámbito de la atención integral, para contribuir así con el desarrollo humano de la población adolescente.

Este documento responde a lo anterior y lo dejamos en sus manos como una herramienta para guiar el diseño y la implementación de programas y servicios amigables y de calidad para las personas adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva.

2. OBJETIVO

Proporcionar al personal de salud y sectores vinculados, los criterios conceptuales y lineamientos operacionales que guían la atención integral a las personas adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, basados en los derechos humanos y la perspectiva de género, en el marco de las reglamentaciones y normativas establecidas por el Ministerio de Salud de la República Dominicana.

3. ALCANCE DE LA GUÍA

El presente documento guía y establece las actuaciones de los proveedores de servicios de salud dirigidos a personas adolescentes (10-19 años) atendidas por las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.



SECCIÓN 1.

FUNDAMENTOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

“Elaborar programas integrados de servicios, información y educación para adolescentes a fin de que aludan a cuestiones relativas a salud sexual y salud reproductiva, entre ellas el embarazo no deseado, el aborto en malas condiciones, el abuso sexual, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/Sida”.

IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing), Plataforma de acción (1995)
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo), Programa de Acción (1994)

1.1 LAS PERSONAS ADOLESCENTES.

La adolescencia es la etapa de la vida humana que sigue a la niñez y está caracterizada por rápidos y múltiples cambios en los aspectos del orden biológico, psicológico y social. Es en el transcurso de esta etapa del curso de vida cuando las personas completan en su mayor parte el crecimiento y desarrollo físico y alcanzan la capacidad de reproducción, a la vez que ocurre el desarrollo psicosocial con adquisición del pensamiento abstracto y la autonomía emocional de las figuras parentales.

En este periodo también se completan otras tareas vinculadas al desarrollo, tales como la búsqueda de independencia y de una identidad propia, a la vez que ocurre la modificación de las relaciones sociales y la capacidad de intimar sexualmente. Las personas adolescentes transforman la escala de valores por la que se evalúan a sí mismas y a las demás personas, e inician la incorporación a la vida adulta a través de procesos formativos y de la inserción laboral que les facilita la autonomía económica y el logro de proyectos en la vida.

Sin embargo, estos procesos no ocurren de manera homogénea en todas las personas adolescentes, debido a que están influenciadas por la gama de oportunidades, factores de riesgo y de protección que caracterizan a los diferentes contextos micro (por ejemplo: hogar/familia, escuela, grupo de pares, comunidad) y macro sociales (por ejemplo: marcos legales, políticas de salud, normas de socialización de género) en que se desarrollan los seres humanos en el curso de la vida y que constituyen determinantes sociales de la salud. Dada esta diversidad que implica la adolescencia como etapa de la vida la conceptualización que utilizamos en esta Guía está referida a las “adolescencias”; igualmente ocurre en relación con los contextos de desarrollo que adquieren características particulares que deben ser tomadas en cuenta por los equipos de salud, por ejemplo: la familia, la escuela y la comunidad se entienden como construcciones socioculturales e históricas que se conforman en diversas modalidades, por lo tanto, nos referimos a “familias”, “escuelas” y “comunidades”.

En este marco, se precisa asumir a las personas adolescentes como un grupo heterogéneo, plural y diverso, a partir de las interseccionalidades según identidad y expresión de género, edad, lugar de residencia, orientación sexual, escolaridad, condiciones socioeconómicas, de discapacidad u otras condiciones sociales. Desde esta concepción, el abordaje integral de la salud requiere tomar en cuenta las necesidades diferenciadas en los diversos subgrupos de adolescentes, a la vez que se dedica especial atención a los subgrupos en situación de mayor vulnerabilidad.

Para los fines de esta Guía se utiliza la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en lo relativo a las edades que comprende la adolescencia (10-19 años) y que ha sido adoptada por el Ministerio de Salud Pública a partir del año 1993 cuando fue creado el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAIISA). Sin embargo, se reconoce que la noción de adolescencia no se reduce a una clasificación estadística o de orden biocientista, sino que merece ser abordada desde la perspectiva histórica y social.

Personas adolescentes.

Se utiliza este término en plural, a fin de contribuir y promover el ejercicio de derechos de esta población desde el sector salud; reconociendo a las y los adolescentes como sujetos de derecho y en toda su diversidad, según experiencias, condiciones de vida y características socioculturales, de identidad y expresión de género, orientación sexual e ideológica, entre otras.

Las personas adolescentes, según reportes del censo de población (ONE, 2011) representan el 21% de la población total de la República Dominicana. Están viviendo en una sociedad marcada por las inequidades sociales, que experimenta un período de transición demográfica y epidemiológica, globalización, cambios ambientales y un uso creciente de las nuevas tecnologías de comunicación.

En este escenario la salud de las personas adolescentes se ha tornado un tema prioritario en la agenda pública, debido a que representa uno de los grupos poblacionales mayormente afectados, especialmente en el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva, lo cual se manifiesta en altos índices de embarazos en la adolescencia asociados a una elevada tasa de mortalidad y morbilidad materna, así como una mayor incidencia en cuanto a infecciones de transmisión sexual, VIH y violencia.

La ocurrencia de estas problemáticas en la adolescencia evidencia la falta de garantía de los derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes; que se expresa en situaciones de injusticia social, de género y de clase; es la expresión de niveles de vida desiguales, determinados por el lugar de residencia, la falta de acceso a la educación y a la salud, a tener una vivienda adecuada, a la recreación y a las demás limitantes que alimentan y retroalimentan una y otra vez el círculo vicioso de la pobreza.

Entre estas problemáticas relacionadas a la salud sexual y la salud reproductiva, el embarazo en la adolescencia es una de las situaciones que mejor ejemplifica la inequidad social y de género: Una de cada cinco adolescentes es madre o está embarazada por primera vez, la mayoría es de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobres del país, migrantes, de zonas rurales y con baja escolaridad (Endesa, 2013)

Tanto la salud sexual como la salud reproductiva son aspectos esenciales de la salud y su disfrute se inscribe en el marco de los derechos humanos. En este contexto, se requiere garantizar a las personas adolescentes el acceso a bienes, servicios y recursos que propicien el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, tales como información y educación integral en sexualidad, servicios de consejería y de atención a la salud, entre otros.

El Estado Dominicano, como garante de derechos de las personas adolescentes, establece políticas, planes y programas para el abordaje de la salud de esta población. En este orden, se recomienda la utilización del modelo ecológico aplicado al embarazo en la adolescencia (UNFPA, 2013), este se apoya en el enfoque de determinantes sociales y evidencia la multiplicidad de factores que interactúan en la ocurrencia de problemáticas relacionadas a la salud sexual y la salud reproductiva de adolescentes, a la vez que orienta las intervenciones de carácter interinstitucional e intersectorial necesarias para su prevención y abordaje en los diferentes contextos de desarrollo de las personas adolescentes (ver diagrama 1)

Salud sexual:

Es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (OPS, 2000).

Salud reproductiva:

Es el estado general de bienestar físico, mental y social -y no solo la ausencia de enfermedad o malestar- en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y cómo. (UNPOPIN, 1994)

DIAGRAMA 1. MODELO ECOLÓGICO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Adaptado a partir de: Informe del Estado de la Población Mundial, UNFPA (2013))

 PERSONA	 FAMILIA	 ESCUELA Y GRUPO PARES	 ÁMBITO COMUNITARIO	 ÁMBITO NACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> » Edad de pubertad e inicio sexual. » Crianza de las niñas y adolescentes en la cual la maternidad es la única opción de vida. » Desigualdad de género internalizada. » Baja escolaridad. » Desconocimiento de las capacidades que están en desarrollo. » Escasas habilidades para negociación con pareja y para la exigibilidad derechos. » Baja autoestima. » Sobreviviente de violencia-abuso sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> » Expectativas negativas en relación a educación y desarrollo de las hijas. » Socialización de género que promueve la subordinación de las mujeres y la dominación por parte de los hombres. » Actitud favorable hacia la vida de pareja entre hombres adultos y las adolescentes. » Violencia intrafamiliar e incesto. » Familias disfuncionales » Antecedentes de embarazo en la adolescencia en la madre y/o hermanas. 	<ul style="list-style-type: none"> » Obstáculos para que las niñas, niños y adolescentes asistan a los centros educativos y permanezcan en ellos. » Falta de información o de acceso a educación integral en sexualidad. » Violencia, acoso escolar y abuso sexual. » Reproducción de patrones culturales que promueven desigualdades de género. » Presión del grupo de pares. » Actitudes negativas con respecto al género y conductas riesgosas de la pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> » Adultocentrismo/ actitudes negativas hacia la autonomía de las personas adolescentes. » Patrones culturales e ideológicos que cuestionan educación sexual. » Actitudes negativas con respecto a la sexualidad adolescente y el acceso a anticoncepción. » Disponibilidad limitada a los servicios adecuados para adolescentes, incluyendo los de salud. » Limitada oferta de espacios recreativos, deportivos y culturales para adolescentes. » Escasas oportunidades de capacitación e inserción laboral. » Violencia física y sexual, Inseguridad y violencia social. » Pobreza. 	<ul style="list-style-type: none"> » Falta políticas que den oportunidades para la salud, educación, trabajo, protección social y desarrollo integral de adolescentes. » Falta de cumplimiento de sanciones legales ante la convivencia entre hombres adultos y las adolescentes. » Pobreza e inequidad social. » Machismo, adultocentrismo, socialización de género. » Prevalencia de mitos y creencias respecto a la sexualidad.

1.2 ENFOQUES Y PRINCIPIOS.

El abordaje en la atención integral de las personas adolescentes se fundamenta en derechos y principios. Implica que en los servicios de salud existan garantías para la oferta de calidad amparada en los marcos normativos tanto nacionales como los internacionales que se consideran compromisos de Estado y tienen un carácter de obligatoriedad (ver cuadro No.1).

CUADRO 1.
Marcos legales, políticas y planes en que se sustenta la atención integral de adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva.

LEY DE LEYES	<ul style="list-style-type: none"> » Constitución de la República, 2010
INSTRUMENTOS DE DERECHO INTERNACIONAL Y COMPROMISOS DEL ESTADO.	<ul style="list-style-type: none"> » Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948; » Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948; » Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966; » Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966; » Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969, ratificada en el año 1977; » Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1979; » Convención sobre los Derechos del Niño, 1989; » Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém Do Pará”, 1995); » Declaración y Plan de Acción Conferencia de Población y Desarrollo – El Cairo, 1994; » Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, 2001; » Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2014. » Declaración sobre Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2015.
LEYES NACIONALES	<ul style="list-style-type: none"> » Código Civil Dominicano vigente; » Código Penal Dominicano vigente; » Ley No. 24-97 sobre Violencia Intrafamiliar, » Ley No. 66-97, Ley General de Educación; » Ley No. 49-00, Ley General de Juventud; » Ley No. 42-01, Ley General de Salud; » Ley No.87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social; » Ley 123-15, que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) » Ley No. 88-03, que Instituye las Casas de Acogidas o Refugios; » Ley No. 136-03, del Código para Sistema de Protección y Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes; » Ley 135-11, Ley General del VIH y Sida; » Ley No. 1-12, que establece la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030.
DECRETOS DEL EJECUTIVO	<ul style="list-style-type: none"> » Decreto No.264-13 que crea la Comisión interinstitucional para la coordinación y seguimiento del Plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes.
POLÍTICAS Y PLANES	<ul style="list-style-type: none"> » Plan Decenal de Salud, 2006-20015; » Plan Nacional Plurianual del Sector Salud, 2017-2020 » Plan Estratégico Nacional de Salud Integral de Adolescentes, 2010-2015; » Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes, 2011-2016; » Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, 2012-2016; » Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género, 2007-2017; » Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS, VIH-SIDA, 2015-2018.

La legislación nacional establece el derecho que tiene cada persona adolescente a la salud. Por su parte, las normativas nacionales de atención integral de adolescentes instan a que las redes de servicios tengan disponible la oferta de atención integral para adolescentes, fundamentada en los siguientes enfoques:

- **Enfoque de derechos:** En el marco de la atención integral se reconoce a las personas adolescentes como sujetos de derecho. Implica la no discriminación en el contexto de los servicios de salud y el respeto a la dignidad de las personas adolescentes, así como el reconocimiento del derecho a la salud de las personas adolescentes y que los derechos sexuales y derechos reproductivos son parte de los derechos humanos. Estos están vinculados a la salud; y por lo tanto es deber asumir la oferta de atención de la salud sexual y salud reproductiva como un derecho de las y los adolescentes.
- **Enfoque de desarrollo humano:** El propósito fundamental en la atención de adolescentes es el de contribuir al desarrollo humano, promoviendo su desarrollo biopsicosocial para el disfrute de la salud integral. Esto implica promover procesos que apoyen la expansión de sus capacidades, la ampliación de oportunidades y libertades para las personas adolescentes y el disfrute de la salud y el bienestar.
- **Enfoque de riesgo:** Este enfoque facilita una perspectiva preventiva para evitar un resultado no deseado cuando las personas adolescentes están expuestas a uno o más factores de riesgo. Implica el abordaje basado en las necesidades y la aplicación de medidas anticipatorias, tanto en el ámbito de la atención individual como a través de las acciones de salud colectiva
- **Enfoque de prevención primordial:** Implica promover los factores positivos, protectores o de resiliencia del desarrollo humano en las áreas psicosociales y ambientales, por tanto, insta a la aplicación de acciones anticipatorias y de promoción de la salud que impacten favorablemente en cuanto a hábitos y estilos de vida.
- **Enfoque de salud como autocuidado y mutuo cuidado:** Este enfoque se centra en las personas, propicia el conocimiento compartido y el reconocimiento de las acciones de las personas adolescentes a favor de su propia salud, poniendo en el centro de las intervenciones el protagonismo personal.
- **Enfoque de igualdad y equidad de género:** Permite analizar el modo en que las personas adolescentes construyen sus roles sociales y los modos en que pueden ejercer la autonomía en la toma de decisiones, a partir de valoraciones diferenciadas por sexo. Implica promover el cuestionamiento y la ruptura de aquellos patrones socioculturales que sostienen desigualdades basadas en las diferencias

Derechos a garantizar a las personas adolescentes, derivados de los enfoques y principios en el contexto de la atención integral, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva:

- » A acudir a la consulta sola, o decidir si quiere que alguien le acompañe y quién debe hacerlo.
- » A ser respetada en la evolución de sus facultades.
- » A decidir, sin necesidad de la presencia o autorización de la madre/padre o representantes legales (autonomía progresiva)
- » A la privacidad y confidencialidad.
- » A ser escuchada y tomada en cuenta (consentimiento).
- » A ser preguntada sobre si desea o no que se le informe a sus familiares o tutores sobre su estado de salud (consentimiento).
- » A no ser discriminada y a recibir una atención libre de prejuicios y libre de violencia.
- » A recibir información veraz y oportuna.
- » A dar su opinión en relación con los servicios y la atención que se le oferta.
- » A participar en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios

entre los sexos. En el ámbito de la atención en salud este enfoque permite proveer servicios adaptados a las necesidades diferenciadas y perfiles de salud de las personas adolescentes según la identidad de género.

- **Enfoque de diversidad:** En lo que refiere a la atención integral, implica reconocer y atender los distintos intereses, demandas, necesidades y procesos de salud-enfermedad específicos de las personas adolescentes. Las distintas categorías deben ser articuladas con otras que hacen intersección, tales como la orientación sexual, identidad de género, edad, etnia, condición socioeconómica, migratoria o de alguna discapacidad. En el ámbito de los servicios de salud se expresa en 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 (como, por ejemplo, adolescentes con alguna condición de discapacidad)

El Modelo de Atención definido para el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana (Ministerio de Salud, 2012) está basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud y en el Modelo de Red Integrada de Servicios de Salud. De acuerdo con este modelo, la atención a adolescentes será integral: biopsicosocial y familiar, con énfasis en la promoción de salud y prevención de la enfermedad, con apoyo en las instituciones y sectores locales (Por ejemplo: instituciones educativas, deportivas, recreativas y organizaciones juveniles) y acciones informativas, educativas y comunicacionales. La atención integral en salud de la población adolescente se rige por los siguientes principios:

- **Interés superior de la persona adolescente:** Establece que, ante cualquier situación dada, se aplica la norma poniendo como prioridad la satisfacción y garantía de los derechos de las personas adolescentes. En el ámbito de la salud, implica que la atención a las necesidades y la garantía de los derechos de las personas adolescentes son de aplicación prioritaria.
- **Principio de la capacidad o autonomía progresiva:** se refiere a que las personas adolescentes a medida que van creciendo y desarrollándose, también van adquiriendo capacidad de obrar y de participar en mayor grado de las decisiones que afectan sus vidas. Implica que los servicios de salud garantizan confidencialidad y privacidad a las personas adolescentes.

Adicionalmente, deben cumplir con los siguientes principios:

- **No discriminación.** Los servicios deben asegurar que las personas adolescentes no sean afectadas por discriminación de naturaleza étnica, orientación sexual, identidad y expresión de género, sexo, edad, étnica, condición migratoria, de discapacidad, económica, cultural, religiosa u otras, en los diferentes niveles de atención en salud.
- **Confidencialidad.** Los servicios deben mantener la confidencialidad durante todo el proceso de la atención de adolescentes.
- **Universalidad.** La oferta de servicios de atención integral a las personas adolescentes tiene un carácter universal, y debe estar integrada en los planes básicos de atención en todo el territorio nacional.
- **Integralidad.** Los servicios dirigidos a la población adolescente deben

Derechos sexuales:

- » El acceso a servicios de salud sexual que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio placentero de la sexualidad, incluidas las de transmisión sexual, el VIH y sida.
- » La posibilidad de separar el ejercicio de la sexualidad, de la reproducción.
- » Capacidad de disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias.
- » La ausencia de toda clase de violencia, coacción o abuso.

coordinar la gestión que asegure la atención integral de acuerdo con la demanda, y evitar con todos los medios de gestión y organización la fragmentación de la oferta de atención.

- **Calidad de los servicios.** Todos los establecimientos de salud, en todos los niveles de atención, acorde con su capacidad de resolución, deben garantizar la oferta de servicios de atención integral de adolescentes, bajo estándares de calidad, basados en el mejor conocimiento científico disponible del momento
- **Promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos.** Los servicios deben promover el respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos enfatizando la elección individual, el consentimiento informado, la participación y la diversidad.
- **Participación social:** Los servicios deben fomentar la activa participación de las personas adolescentes, quienes deben ser sujetos de las acciones de salud, abriendo espacios para su incorporación activa y protagónica en los procesos de planificación, ejecución y evaluación, y reconociéndoles su capacidad de participar en la toma de decisiones.
- **Interdisciplinariedad:** Los servicios de atención para adolescentes deben integrar a proveedores de salud de diversas disciplinas, quienes interactúan en el proceso de atención, cambiando el foco de atención centrado en la disciplina misma, para visualizar a las personas adolescentes de manera integral, sin límites disciplinarios.
- **Intersectorialidad y trabajo en redes:** En los servicios de salud el abordaje de adolescentes debe acompañarse de acciones coordinadas y coherentes con otros sectores e instituciones vinculados a la salud y al desarrollo de la población juvenil; incluidas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de la sociedad civil, de base comunitaria y grupos de jóvenes.

Derechos Reproductivos:

- » Autodeterminación reproductiva, (decidir sobre si procrear o no, y en ese sentido planear su propia familia).
- » Atención de la salud reproductiva, que incluye medidas para promover una maternidad sin riesgos, tratamientos de infertilidad, acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos.

1.3 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS ADOLESCENTES

La atención integral en salud hace referencia al conjunto de servicios preventivos y asistenciales que se ofertan a una persona para satisfacer las necesidades que su condición de salud particular requiere. En el marco de la salud integral de adolescentes, este concepto corresponde al abordaje conjunto de un equipo interdisciplinario en los procesos de crecimiento y desarrollo normales y en cualquier problemática que las y los adolescentes presentan en cualquiera de las esferas biológica y/o psicosocial.

En este contexto se requiere, desde las políticas de salud colectiva, desarrollar intervenciones basadas en la coordinación interinstitucional y el trabajo en redes, de carácter preventivo y de promoción de la salud sexual y salud reproductiva, adecuadas a las necesidades de las personas adolescentes en toda su diversidad.

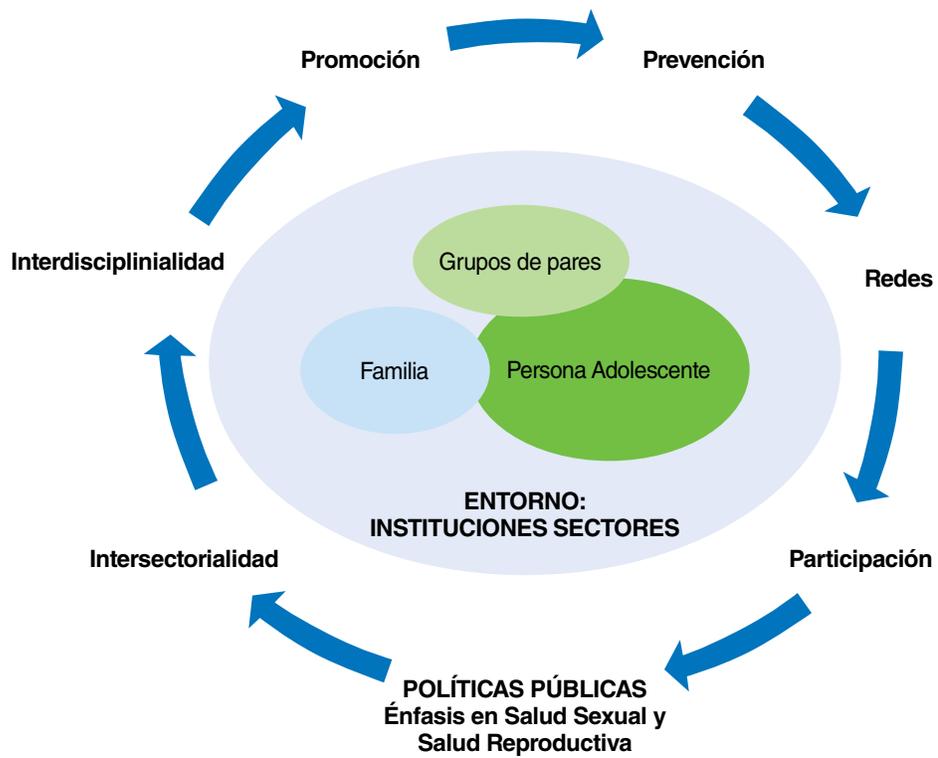
De igual forma, se requiere desde las redes de servicios incorporar la atención clínica integral y de calidad, que contemple las demandas de este grupo poblacional, con enfoque centrado en los derechos humanos, la participación social, la diversidad y considerando la perspectiva de género, pues muchos de los riesgos para la salud de las personas adolescentes pueden asociarse a los estereotipos de género que son reproducidos en la sociedad dominicana en el ámbito familiar, escolar y comunitario.

En respuesta a la realidad social en que crecen, se desarrollan y viven las personas adolescentes, con base en los enfoques y principios expuestos, en consonancia con el Modelo de Atención definido para el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana y con la finalidad de unificar los criterios de abordaje se adopta el Modelo de Atención Integral en Salud de Personas Adolescentes (Ver Diagrama No. 2), asumiéndolo como aquel que:

- Se centra en la persona adolescente.
- Privilegia la promoción de estilos de vida saludables.
- Enfatiza la prevención de riesgos.
- Involucra a la familia y/o referentes adultos y al grupo de pares.
- Promueve y se apoya en la activa participación de las personas adolescentes.
- Extiende su accionar más allá de los centros de salud, con intervenciones en los ámbitos de interacción de las personas adolescentes (Hogar, escuela, centros recreativos y comunitarios).
- Oferta una atención interdisciplinaria, en respuesta a las necesidades de las personas adolescentes.
- Coordina y trabaja en red, en conexión con los diferentes niveles de atención de la Red de servicio y de sectores e instituciones vinculados a la salud de adolescentes.
- Está sustentado en políticas públicas, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva.

DIAGRAMA 2.
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS ADOLESCENTES

Elaborado a partir de: Guías para el abordaje de la salud de adolescentes, Ministerio de salud Pública, Uruguay (2009)



SECCIÓN II

ESPACIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA: AMIGABLES Y DE CALIDAD.

“Yo no sabía de nada, ni qué quería, ni qué era malo o bueno en lo sexual; pero sabía que no quería quedar cogida como la mayoría de por aquí. Yo vine aquí porque dieron una charla en la escuela, me atreví y vine solita. Me atendieron y me trataron bien, he vuelto varias veces. Ahora yo sé muchas cosas y también sé cómo no quedar embarazada. Yo decidí cuidarme”.

Dianny, 15 años.

2.1 SERVICIOS AMIGABLES Y DE CALIDAD: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS.

El modelo de atención integral a las personas adolescentes descrito en la sección anterior se hace operativo en el ámbito de los servicios de salud, a través de la implementación de los servicios amigables y de calidad para adolescentes, con énfasis en la atención de la salud sexual y salud reproductiva, siguiendo las orientaciones técnicas del Comité sobre Programación en Salud de Adolescentes formado entre las agencias internacionales de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (OPS/OMS, UNICEF y FNUAP, 2000) y las recomendaciones basadas en la evidencia (OPS, 2017; WHO, 2012; 2009). Estas fueron adoptadas por el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana en el marco de la atención integral de la salud de adolescentes.

La mayor parte de las características o atributos que hacen a los servicios amigables han sido definidos por las propias personas adolescentes, mientras que otras han sido propuestas por el personal que trabaja con esta población, a partir de la implementación y evaluación de diferentes modelos dirigidos a brindar un servicio efectivo de salud sexual y salud reproductiva para la juventud (OPS, 2016; WHO, 2012; Ministerio de Salud, 2011; OPS, 2005).

Estas características se deben priorizar, adaptar y/o reformular de acuerdo con los diferentes contextos y las particularidades de las personas adolescentes con quienes se va a trabajar. Por esto, antes de iniciar la ejecución de un servicio, programa o proyecto es importante hacer una evaluación de las necesidades de las personas adolescentes en el contexto específico donde se va a desarrollar. Esta evaluación debe realizarse con participación de personas adolescentes y mantenerlas involucradas, pues las sugerencias para cambios son importantes tanto al inicio como en el transcurso y evolución de los servicios.

Servicios amigables:

Son servicios en los que las personas adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera que sea la demanda, siendo agradables a las personas adolescentes y a sus familias por el vínculo que se establece entre ellas y el equipo de salud, y por la calidad de sus intervenciones.

(OPS/OMS, UNICEF y FNUAP, 2000)

Características de los Servicios Amigables:

- » Accesibles geográficamente
- » Horario conveniente
- » Gratuitos o subsidiados
- » Accesibles culturalmente
- » Confidenciales
- » Con personal de salud sensibilizado, capacitado, receptivo y con buen humor
- » Integrales.
- » Con enfoque de género
- » Con capacitación permanente
- » Con activa participación de las personas adolescentes

(OPS, 2005).

2.2 SERVICIOS QUE RESPONDAN A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

Tal como fue señalado con anterioridad, el modelo de atención integral en salud a las personas adolescentes prioriza las acciones de promoción y prevención, así como la detección oportuna de situaciones y comportamientos de riesgo, con énfasis en la salud sexual y la salud reproductiva, a la vez que se identifican y fomentan los factores protectores y la resiliencia en las y los adolescentes.

Desde los servicios de salud enmarcados en este modelo se aborda de manera preeminente la atención específica a los problemas vinculados a la salud sexual y la salud reproductiva, con un abordaje interdisciplinario, en coordinación con otras instituciones, para dar respuesta a las necesidades de las personas adolescentes.

Las acciones de promoción y prevención de los servicios amigables y de calidad se centran en la persona adolescente como sujeto de derecho, desde una visión integral, no fragmentada, orientada a la promoción del empoderamiento, la ciudadanía y el desarrollo humano. Esto se traduce en intervenciones que dotan a las personas adolescentes de información, conocimientos y actitudes que favorezcan estilos de vida saludable y el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tales como el conocimiento sobre su cuerpo y sus procesos, el desarrollo de habilidades de auto cuidado y el fortalecimiento de la autoestima, la participación y el empoderamiento para la toma de decisiones respecto a su salud.

En este sentido, los servicios de salud amigables y de calidad deben basarse en una valoración integral de las necesidades, particularidades y problemas que enfrenta la población adolescente a lo largo de esta etapa, los cuales dependen de los contextos sociales donde se desarrollan e interactúan las personas adolescentes y que van a determinar oportunidades, recursos y condiciones de salud.

Esto comprende el abordaje individual, grupal, familiar y comunitario de sus necesidades particulares en cuanto a crecimiento y desarrollo, postergación del inicio de la actividad sexual y/o de embarazos en la adolescencia, protección sexual, anticoncepción, control prenatal, atención al parto, al postparto y postaborto, prevención y detección de violencia, así como la prevención, detección temprana y tratamiento de ITS y el VIH

Los servicios de salud sexual y salud reproductiva deben responder a los rápidos cambios que experimentan las personas adolescentes, quienes tienen necesidades de:

- » Atención integral a la salud, incluyendo información, consejería, monitoreo del crecimiento y desarrollo, salud mental, atención a morbilidades.
- » Información, educación y consejería para el autocuidado en relación con su crecimiento y desarrollo.
- » Información, educación y consejería sobre el ejercicio de su sexualidad en un contexto seguro y responsable.
- » Información y consejería sobre aspectos de género, incluyendo habilidades de negociación para demandar protección y uso de anticoncepción.
- » Asesoramiento para cambios de comportamientos de riesgo.
- » Información para ayudarlos a posponer y/o espaciarembrazos.
- » Suministro de métodos anticonceptivos.
- » Información y apoyo relacionados con la atención prenatal y cuidados del recién nacido.
- » Información y apoyo durante el parto, postparto y postaborto.
- » Asesoramiento para la maternidad y paternidad en adolescentes.
- » Consejería y protección contra la violencia, el abuso y la explotación sexual.

Tomado de: Guía para promover alianzas: Programa Nacional de Adolescentes y Sociedad Civil. Ministerio de Salud Pública, República Dominicana (2011)

y sida. La valoración integral debe siempre considerara la persona adolescente dentro de su contexto y cultura.

Es indispensable que la atención a estas necesidades y problemas del ámbito de la salud sexual y salud reproductiva se complementen con la detección oportuna de aspectos psicosociales que inciden en la salud, como 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 y enfoques ajustados a los principios rectores y a la comprensión de las particularidades culturales y contextos donde se lleva a cabo la atención (Caja Costarricense del Seguro Social, 2015).

Por otra parte, desde la perspectiva de los servicios amigables y de calidad, a fin de que respondan a las necesidades de las personas adolescentes, se debe prestar particular atención a las diferencias entre adolescentes (edad, identidad y expresión de género, orientación sexual, ideología, escolaridad, etnia, condición de discapacidad, situación socioeconómica o migratoria, entre otras) y adecuar la atención en los servicios en función de estas diferencias y particularidades.

Además, se debe tener presente que existen adolescentes con necesidades especiales en materia de salud sexual y salud reproductiva, debido a condiciones que les confieren mayor vulnerabilidad y exposición a riesgos para ITS, VIH y sida, embarazo y violencia, entre otras situaciones.

Las necesidades, demandas, experiencias y expectativas de salud de las personas adolescentes definirán en gran parte el proceso de decisión de acudir o no a un servicio, por lo tanto, los servicios amigables deben adecuarse a estas realidades y considerar ciertos criterios en su funcionamiento.

Adolescentes con necesidades especiales debido a condiciones de mayor vulnerabilidad y exposición a riesgos relacionados a la salud sexual y salud reproductiva:

- » Adolescentes que abandonan la escuela.
- » Adolescentes que viven y/o trabajan en la calle.
- » Adolescentes en condiciones de pobreza.
- » Adolescentes que viven en bateyes.
- » Adolescentes que viven en albergues, hogares u otras instituciones de protección y/o reclusión.
- » Adolescentes usuarios de alcohol y otras drogas.
- » Adolescentes con alguna condición de discapacidad.
- » Adolescentes en situación de violencia y/o abusos sexual.
- » Adolescentes que viven con el VIH
- » Adolescentes con orientación sexual o identidad de género diferente a la hegemónica- heterosexual, tales como lesbianas, gays, bisexuales y adolescentes trans (LGBT).
- » Adolescentes en situación de trata, explotación sexual, comercial y/o laboral.

2.3 CRITERIOS PARA CONSIDERAR A LOS SERVICIOS AMIGABLES Y DE CALIDAD.

A partir de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2012, 2016), para considerar a los servicios amigables y de calidad para adolescentes estos deben ser: equitativos, accesibles, aceptables, apropiados y efectivos.

El criterio de equidad implica trato justo, es decir que todas las personas adolescentes puedan recibir los servicios que se proporcionan. Por lo tanto, este criterio es fundamental al momento de diseñar los servicios y tener presente la diversidad de la población adolescente, sus necesidades diferenciadas y las particularidades de los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad.

La accesibilidad está referida a que las personas adolescentes puedan obtener los servicios que se proporcionan. Esos servicios pueden estar disponibles en una comunidad, pero no ser accesibles, pues no se tomaron en cuenta las necesidades ni la realidad social de las personas adolescentes. Se requiere que sean accesibles geográfica y físicamente, en cuanto a horarios y costos, además que sean accesibles culturalmente, es decir adaptados al contexto sociocultural de la comunidad donde se ubican, lo cual se logra con la participación de las propias personas adolescentes en el diseño e implementación de los servicios.

La accesibilidad se ve afectada en ocasiones por barreras de tipo administrativo, cuando no se cumple con los principios y enfoques que sustentan la atención integral de adolescentes. Por ejemplo, cuando se le niega la atención a una persona adolescente por acudir sola al servicio (*"tienes que venir con un familiar adulto"*) o cuando se implementan códigos en cuanto a vestimenta que restringe la entrada a los centros de salud (*"no se aceptan personas con blusas cortas o de tiros, ni faldas o pantalones cortos, que tengan ombligos afuera, hombros o muslos descubiertos"*).

Otros criterios para considerar son que los servicios sean aceptados y apropiados, es decir, que se proporcionen de manera que satisfagan las expectativas de las personas adolescentes y que respondan a sus necesidades.

Esto implica que funcionan a partir de un diseño que ha tomado en cuenta las necesidades diferenciadas de las personas adolescentes en un contexto sociocultural determinado y, además, que los servicios son apropiados desde el punto de vista científico y son de buena calidad.

Por su parte, el criterio de efectividad se relaciona con el logro del propósito de la atención integral de adolescentes y está referido a que se provean servicios de manera adecuada y de calidad para contribuir con la salud y el desarrollo humano de las personas adolescentes.

Según criterios de la OMS (2012), los servicios de salud amigable y de calidad dirigidos a personas adolescentes deben ser:

- » Equitativos: todas las personas adolescentes, y no solo ciertos grupos, pueden obtener los servicios que se proporcionan.
- » Accesibles: las personas adolescentes pueden obtener los servicios que se proporcionan.
- » Aceptables: Los servicios de salud se proporcionan de manera que satisfagan las expectativas de las personas adolescentes.
- » Apropiados: los servicios se proporcionan en función de las necesidades de las personas adolescentes.
- » Efectivos: se proveen servicios de manera adecuada para contribuir con la salud y el desarrollo de las personas adolescentes.

Las últimas recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016) y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2016) respecto a las normas y estándares de calidad en la prestación de los servicios para adolescentes, son el referente para los estándares que se muestran en el cuadro No. 2; los cuales han sido tomados y adaptados de estas fuentes y se asumen como los estándares nacionales para mejorar la calidad de los servicios para adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva. Las acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de la oferta de los servicios de adolescentes contemplan la aplicación de instrumentos basados en estos estándares.

CUADRO 2. **Estándares para mejorar la calidad de los servicios para adolescentes,** **con énfasis en salud sexual y salud reproductiva.**

(Tomado y adaptado de OPS, 2016- UNFPA, 2016).

Conocimientos de las personas adolescentes sobre su salud	Estándar 1. Las personas adolescentes conocen acerca de los cuidados en salud y sus derechos, y saben dónde y cuándo obtener servicios de salud, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva.
Apoyo de la comunidad	Estándar 2. Madres/padres, tutores y otros integrantes de la comunidad y las organizaciones comunitarias reconocen la importancia de ofertar servicios de salud a las personas adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva; y los apoyan y fomentan su utilización.
Paquete de servicios apropiado	Estándar 3. El centro de salud ofrece un paquete de servicios de información, orientación, atención integral, referencia y contra referencia que responde a las necesidades de todas las personas adolescentes.
Competencias del personal de salud	Estándar 4. El personal de salud demuestra las competencias requeridas para la provisión de servicios de salud calificados a la población adolescente, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, conforme al paquete básico de servicios establecidos, incluida la evaluación psicosocial y física adecuada e integral. Asimismo, respeta, protege y vela por que se cumplan los derechos de las personas adolescentes, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos.
Características de los servicios de salud (Entorno físico y equipamiento)	Estándar 5. El centro de salud ofrece un horario de atención conveniente, un ambiente acogedor y limpio y preserva la privacidad y la confidencialidad. El centro cuenta con los equipos, los medicamentos, los suministros y la tecnología necesarios para garantizar una provisión de servicios eficaz a las personas adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva y conforme al paquete básico establecido.
Equidad y no discriminación	Estándar 6. El centro de salud oferta servicios de buena calidad a todas las personas adolescentes, independientemente de su capacidad de pagar, su edad, estado civil, nivel educativo, origen étnico o migratorio, orientación sexual, identidad y expresión de género, condición de discapacidad u otras características.
Mejoramiento de la calidad de los datos y del servicio	Estándar 7. El centro de salud dispone de sistemas de información que recopilan y analizan los datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención; desglosados por edad, sexo y otras variables de interés, con el fin de respaldar el mejoramiento de la calidad. El personal del centro recibe apoyo para su participación en los procesos de mejora continua de la calidad.
Participación de las personas adolescentes	Estándar 8. Las personas adolescentes participan en la planificación, implementación, evaluación y procesos de mejora de los servicios de salud de adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, y también en la comunidad.

2.4 EL CICLO DE CALIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS AMIGABLES PARA PERSONAS ADOLESCENTES.

La calidad es un eje central en los servicios amigables en el marco del modelo de atención integral en salud para personas adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, considerando el principio de la atención centrada en la persona adolescente, juntamente con el enfoque del mejoramiento continuo de la calidad.

De acuerdo con el modelo de gestión impulsado por el Ministerio de Salud Pública, que establece estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud, los servicios amigables para personas adolescentes deben cumplir los estándares de calidad definidos en la sección anterior (Ver cuadro No.2).

A la vez, una gestión de calidad de los servicios implica accionar en el marco de las reglamentaciones establecidas inherentes a la habilitación, auditoría y evaluación, acreditación y sistemas de información, que integre indicadores de calidad y a la cual deben adherirse los diferentes sectores que interactúan en la prestación de los servicios, incluidas las administradoras de riesgo de salud (ARS) e instituciones prestadoras de servicios.

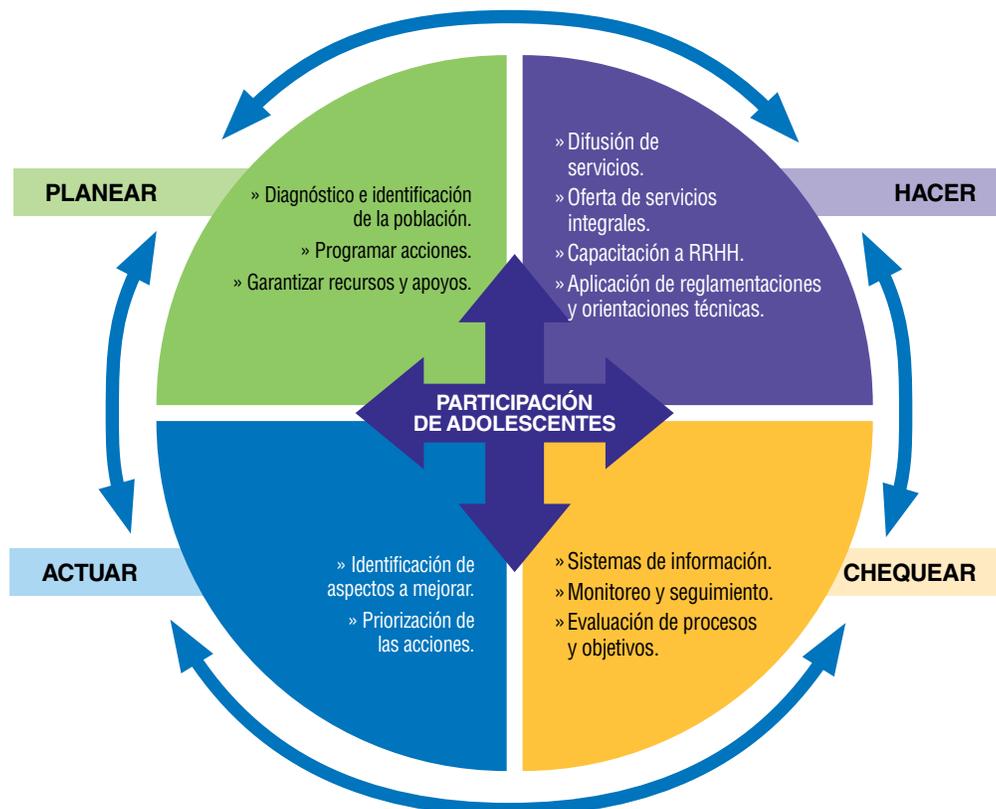
Para la adopción del enfoque de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios amigables para personas adolescentes, se recomienda la aplicación del ciclo "Planear, Hacer, Chequear y Actuar" para la mejora continua, conocido como el ciclo PDCA por sus siglas en inglés: Plan, Do, Check, Act, el cual involucra a las personas de manera individual y colectiva (Ver diagrama 3).

Para que el ciclo PDCA sea posible, es necesario involucrar a quienes hacen parte de la institución de salud y del servicio amigable en particular; es necesaria la sensibilización y capacitación del personal gerencial, administrativo y de provisión de servicios, así como de equipo de adolescentes que debe participar en la aplicación de los diferentes pasos de este ciclo que otorga especial valor a la participación juvenil en la gestión de los servicios amigables, como un elemento que agrega condiciones de calidad (Ministerio de la Protección Social, Colombia, 2008).

Se recomienda apoyar a las personas adolescentes para que desde la sociedad civil y las comunidades asuman un rol activo de veeduría y vigilancia social de la calidad de los servicios. A la vez se requiere sensibilizar al personal de salud para generar actitudes favorables y de apoyo hacia los procesos de veeduría juvenil, encaminados al mejoramiento de la calidad de los servicios.

DIAGRAMA 3.
Ciclo PDSA aplicado al mejoramiento continuo de la calidad en servicios amigables para adolescentes

Adaptado de: Servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes (Ministerio de Protección Social de Colombia & UNFPA (2008))



2.5 PRINCIPALES BARRERAS QUE LIMITAN QUE LAS PERSONAS ADOLESCENTES UTILICEN LOS SERVICIOS.

La falta del cumplimiento de los criterios y estándares para el funcionamiento de los servicios amigables se refleja en barreras que limitan que las personas adolescentes utilicen los servicios, especialmente las vinculadas a la falta de acceso, que son expresiones de deficiente calidad en los servicios. Adicionalmente, existen otros tipos de barreras que están relacionadas a la falta de conocimiento e información, así como a factores psicológicos y/o socioculturales (Ver cuadro No.3).

Cada tipo de barrera se convierte en un impedimento para que las personas adolescentes reciban la atención en salud, por lo tanto, es prioritario identificar la existencia de barreras que podrían estar afectando la utilización de los servicios y superarlas, para así contribuir con la meta de la ampliación de la cobertura de los servicios amigables y de calidad para las personas adolescentes. Desde los procesos de mejoramiento continuo de la calidad se deben abordar las barreras que limitan que las personas adolescentes utilicen los servicios. La evaluación de las barreras implica acciones en el escenario comunitario, así como la participación de las propias personas adolescentes, además del análisis de la situación en los centros de salud y los servicios en particular, a fin de identificar mecanismos administrativos o de otra naturaleza que pudieran estar operando como barreras, para plantear acciones dirigidas a superarlas.

CUADRO 3.

Principales barreras que limitan que las personas adolescentes utilicen los servicios.

Elaborado a partir de grupos focales con adolescentes y personal de salud en el marco de la Consultoría para el diseño de protocolos de salud de adolescentes

(Proyecto Ministerio de Salud- PRONAIISA/Gabinete de Coordinación de la Política Social /BID. Santo Domingo, marzo, 2016)

Barreras debidas a falta de conocimientos/información	Barreras debidas a falta de acceso a servicios	Barreras debidas a factores psicológicos y/o socioculturales
<ul style="list-style-type: none"> » Falta o escasa oferta de información y educación integral en sexualidad que limita la comprensión de las personas adolescentes en relación con los cambios de su cuerpo, careciendo de conocimientos básicos sobre la anatomía y fisiología reproductivas, de cómo ocurren el embarazo y las ITS, de cómo prevenirlos, dónde obtener información y sobre la necesidad del uso de los servicios de salud. » Limitada información sobre servicios disponibles. » Escasa información sobre ubicación y horarios de servicios. » Patrones culturales arraigados que mantienen la sexualidad como tema tabú. » En la familia, madres/padres y personas adultas cercanas se sienten incómodas al hablar de sexualidad con la gente joven. » La escuela no contempla la educación integral en sexualidad, contribuyendo a perpetuar mitos, tabúes y desconocimiento alrededor de la sexualidad, el autocuidado en materia de salud sexual y salud reproductiva. » Normas, prejuicios y estereotipos de género que limitan el acceso a información sobre salud sexual y salud reproductiva, especialmente en el caso de los adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> » Las leyes, políticas institucionales y mecanismos administrativos en los centros de salud muchas veces constituyen la primera barrera, llevando a la discriminación de las personas adolescentes. Por ejemplo: políticas no claras o específicas, y por tanto las instituciones y el personal de salud aplican sus propias políticas, que impide o disminuye el acceso de la gente joven a los servicios (edad, acompañantes, estado civil) » Servicios muy distantes y falta de medios para transportarse a estos. » Los servicios pueden no ser gratuitos o tener un costo relativamente alto para ser cubiertos por las personas adolescentes. » Es posible que los servicios no estén abiertos en los horarios que las personas adolescentes pueden asistir. » Los espacios físicos de los consultorios no han sido diseñados para adolescentes y estos los visualizan como lugares no acogedores. » Falta de señalización de los servicios para adolescentes. » Tiempo de espera prolongado. » Muchas veces el personal que trabaja en los centros de salud (personal de recepción, de vigilancia, administrativo y de salud en general) tiene creencias y actitudes respecto a las relaciones sexuales en la adolescencia que los lleva a tener prejuicios hacia las personas adolescentes usuarias de los servicios. » En ocasiones el servicio no ofrece información adecuada y oportuna a las personas adolescentes. » En ocasiones el servicio no responde a las necesidades de las personas adolescentes (por ejemplo, acceso a métodos anticonceptivos) 	<ul style="list-style-type: none"> » Durante la adolescencia la capacidad de percepción del riesgo está aún en desarrollo, por lo tanto, las personas adolescentes con frecuencia no perciben el riesgo de embarazo, ITS/VIH y SIDA (“a mí no me va a pasar”) ni tampoco la necesidad de acudir a los servicios. » Frecuentemente existe el temor, fundamentado en experiencias reales o referidas por otras personas, a que no haya confidencialidad y privacidad en el servicio, y que la familia u otras personas se enteren de que asisten a estos. » En el caso de los adolescentes, las normas, prejuicios y estereotipos de género influyen negativamente asociando la prevención, el cuidado y la asistencia a los servicios como cuestiones propias de “mujeres”. » Ante una sociedad adulto-céntrica y que mantiene la sexualidad como tema tabú, las personas adolescentes experimentan cierto sentido de vergüenza por necesitar o desear servicios de salud sexual y salud reproductiva. » Las personas adolescentes en ocasiones se sienten juzgadas por el personal de salud, por tener relaciones sexuales y ante la necesidad de acudir al servicio » Debido a los mitos y tabúes prevaletentes, puede haber una actitud negativa por parte de algunas adolescentes hacia la anticoncepción, temiendo que les cause problemas secundarios. » Prejuicios por parte del personal de salud, generan en las personas adolescentes cierta desconfianza de hablar sobre sus experiencias sexuales y otros temas de salud reproductiva, por temor a que sus conocimientos y experiencias se interpreten como promiscuidad. » Dado los prejuicios y la discriminación relacionada a la diversidad en cuanto a orientación sexual e identidades de género, en el caso de adolescentes LGBT les da temor ser rechazados, discriminados y/o estigmatizados. » Ante la situación de subordinación, relacionada a la violencia, es muy frecuente que a las víctimas de violencia y/o abuso sexual les de vergüenza o temor pedir ayuda y exponer su condición » Persisten patrones culturales asociados a la construcción social y desigual de género que propicia la maternidad como la principal realización de las mujeres y como medio que le confiere valorización social. » Familia y comunidades con valores que promueven la maternidad temprana. » Los medios de comunicación contribuyen a perpetuar los estereotipos de género, enfatizan la objetivación del cuerpo, explotan el lado placentero del comportamiento sexual y no promueven la responsabilidad ni las consecuencias asociadas a este, ni tampoco promueven el uso de información y servicios al respecto. » Mitos, tabúes y estereotipos predominantes en la sociedad, que se reproducen socialmente, y que afectan el autocuidado y uso de servicios de salud sexual y salud reproductiva.

2.6 PERFIL DESEABLE DEL PERSONAL Y/O EQUIPO QUE LABORA EN LOS SERVICIOS PARA PERSONAS ADOLESCENTES.

El equipo interdisciplinario para la atención integral en salud de personas adolescentes idealmente debe estar integrado por profesionales de las siguientes disciplinas: medicina general o familiar, ginecobstetricia, educación para la salud, enfermería, psicología y trabajo social.

La conformación de este equipo está sujeta a las condiciones de cada centro de salud, lo que dependerá del nivel de complejidad, capacidad instalada y los recursos disponibles. En el caso de las UNAP todo el equipo de salud pasa a constituirse en el equipo de atención integral para adolescentes.

El perfil de este personal incluye de manera obligatoria el tener estudios de posgrado en salud de adolescentes y/o haber recibido la capacitación básica para abordaje de la salud integral y la implementación de servicios de adolescentes, reconocida por el Ministerio de Salud Pública.

2.6.1 Conocimientos, actitudes y prácticas en recursos humanos que trabajan con adolescentes:

- Capacidad técnica y/o profesional para la atención integral de personas adolescentes.
- Conocimientos actualizados sobre salud y desarrollo de personas adolescentes, especialmente en el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva.
- Actitud de respeto y comprensión hacia las personas adolescentes, respetando la diversidad, con apertura a la diversidad étnica, funcional, sexual, de género, migratoria, entre otras.
- Identificación y aplicación concreta de los principios y enfoques que rigen la atención integral en salud a las personas adolescentes.
- Actitudes favorables hacia el trabajo en equipo y en coordinación con otras personas e instituciones.
- Real interés y preocupación por la problemática de personas adolescentes.
- Actitudes favorables hacia la igualdad de género y la no discriminación, y su incorporación en lo personal y laboral.
- Disposición para respetar las decisiones de las personas adolescentes y el cumplimiento de las normativas y procedimientos establecidos en el servicio de salud, sin anteponer creencias y valores personales.
- Habilidades de comunicación interpersonal, tanto con adolescentes como con las familias.
- Habilidades para abogar por los derechos de las personas adolescentes en diferentes escenarios.
- Capacidad de crítica y autocrítica con respecto a su propio desempeño, que permita la superación de brechas y el mejoramiento continuo.
- Capacidad de gestión para implementación de estrategias y acciones en el marco de la salud integral de adolescentes.
- Actuar en el marco de la ética y normas institucionales, con especial atención a no manifestación de pensamientos, comportamientos o actitudes adulto-céntricas.

2.7 MODALIDADES DE SERVICIOS AMIGABLES Y DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES.

Las normativas y protocolos nacionales referidos al abordaje en salud de las personas adolescentes establecen la atención diferenciada a través de las redes de servicios. Esa atención ser ofertada con calidad, oportunidad y efectividad mediante la entrega de servicios integrales.

Además, establecen que todos los centros de salud que oferten servicios para la atención de adolescentes deben cumplir las normativas de habilitación, según su capacidad de resolución y nivel de complejidad. La experiencia dominicana en cuanto al funcionamiento de espacios de atención diferenciada para personas adolescentes registra tres modalidades de organización amigable de los servicios para la oferta de atención para adolescentes:

- 1) **Servicio diferenciado para la atención de adolescentes:** Comparte la infraestructura del centro de salud donde se ubica con otros servicios de salud, pero dispone de ambientes exclusivos para adolescentes, con un horario diferenciado y una señalización adecuada para orientarlos en su acceso. La atención está a cargo de un equipo interdisciplinario y con capacitación para la atención integral de adolescentes, esta es la tarea que realizan en forma exclusiva y en el horario asignado.
- 2) **Consultorio diferenciado:** Uno o más profesionales ofrecen atención integral de salud, dentro de su programación de consultas diarias en un consultorio adaptado a tal fin, con horarios exclusivos para adolescentes.
- 3) **Consultorio no diferenciado,** donde uno o más profesionales brindan sus servicios a la población adolescente en los mismos días y horarios que a otros grupos poblacionales, debido a que las condiciones físicas y/o de recursos humanos no hacen posible la atención en un espacio diferenciado, aunque adoptan estándares correspondientes a los servicios amigables y de calidad para personas adolescentes.

Las tres modalidades pueden ser entendidas como una forma progresiva de organizar la oferta de servicios, que incorpora gradualmente acciones de acuerdo con las necesidades de la población adolescente y los recursos disponibles del centro de salud, de la localidad, provincia o región.

De la oferta de atención diferenciada para adolescentes en las redes de servicios

- » La oferta de atención diferenciada para adolescentes debe estar visible en la cartera de servicios que brinda el establecimiento de salud.
- » El servicio para adolescentes debe estar identificado de forma visible y adecuada.
- » El servicio debe estar disponible en horarios que faciliten la asistencia de adolescentes, de acuerdo con las condiciones socioculturales y el contexto donde se ubica el centro de salud.
- » Los servicios de adolescentes no deben ser ubicados en los mismos espacios de atención de niños y niñas, y de público en general.
- » El servicio tendrá una sala de espera, ambientada de acuerdo con esta etapa de la vida.

2.8 ESTRATEGIAS PARA HACER QUE UN SERVICIO SEA AMIGABLE Y DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES.

Hacer los servicios más amigables no implica siempre instalar un nuevo consultorio o espacio exclusivo para la atención de adolescentes. De acuerdo con las particularidades de cada servicio o centro de salud y según los recursos disponibles se pueden aplicar diferentes estrategias que harán de los servicios ya existentes, lugares más amigables y de calidad para las personas adolescentes.

El personal gerencial, técnico y quienes proveen la atención a las personas adolescentes deben considerar las siguientes estrategias al momento de plantearse el mejoramiento y/o la instalación de un servicio amigable y de calidad, con énfasis en la salud sexual y salud reproductiva para adolescentes (Ver cuadro No.4).

CUADRO 4. Estrategias para hacer que un servicio sea amigable y de calidad para adolescentes.

Adaptado de: Guía para promover alianzas: Programa Nacional de Adolescentes y Sociedad Civil.
Ministerio de Salud Pública, República Dominicana, 2011

¿QUÉ HACER?	¿CÓMO HACERLO?
Dar participación a las personas adolescentes en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades del servicio	<ul style="list-style-type: none"> » Forme un grupo de adolescentes multiplicadores, capacítelos y fomente su empoderamiento y participación en las actividades del servicio para garantizar la perspectiva juvenil en dichas actividades. » Integre a las personas adolescentes al momento de elaborar los planes de trabajo, programar y evaluar actividades del servicio. » Capacite a las personas adolescentes y dele responsabilidades en las acciones de información, educación, consejería y comunicación del servicio. » Permita que las personas adolescentes sean quienes promocienen el servicio. » Si no cuenta con servicios de recepción y apoyo secretarial, entrene a las personas adolescentes para que asuman estas tareas.
Contar con personal debidamente capacitado	<ul style="list-style-type: none"> » Revise si el personal se corresponde con el perfil requerido para trabajar con personas adolescentes. » Asegúrese de que el personal tiene como requerimiento mínimo una capacitación básica para abordaje de la salud integral y la implementación de servicios de adolescentes en manejo de adolescentes. » Asegúrese que el personal conoce las reglamentaciones nacionales para la atención integral de personas adolescentes y las aplica. » Coordine un plan de educación continuada con el nivel central, provincial o con la gerencia del servicio. » Incluya actividades científicas y educativas como parte de las acciones regulares del servicio (estudio de casos, presentación de temas, mesas redondas, entre otras) » Coordine la obtención de materiales bibliográficos de diferentes fuentes (revistas médicas nacionales, bibliotecas virtuales de salud, entre otras)
Sensibilizar a todo el personal de salud y de apoyo administrativo perteneciente al centro de salud	<ul style="list-style-type: none"> » Enfatique durante la sensibilización los contenidos sobre el trato respetuoso, no discriminatorio y libre de prejuicios que deben brindar a las personas adolescentes. » Programe reuniones periódicas de sensibilización. » Invite a este personal a actividades puntuales en las que participen adolescentes y se visualice su contribución.
Revisar las políticas institucionales y del propio servicio que puedan constituirse en barreras para el acceso de personas adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> » Verifique los horarios establecidos para la atención de manera que coincidan con los horarios que faciliten el acceso de adolescentes. » Revise si los trámites internos para llegar al servicio limitan el acceso (tickets, largas esperas, evaluaciones previas por otros servicios) » Asegúrese de que el personal conoce y respeta los procedimientos y no pone trabas para la atención o acceso a anticonceptivos debido a la edad de la adolescente u otra condición discriminatoria.

¿QUÉ HACER?	¿CÓMO HACERLO?
<p>Revisar que se garantiza la confidencialidad y la privacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Asegure que el personal está debidamente capacitado para el manejo de la salud sexual y salud reproductiva de adolescentes. » Tenga en lugar accesible las normas de confidencialidad del servicio. » Adecue el espacio físico de manera que haya privacidad (puertas, cortinas, consultorio separado, otros).
<p>Hacer que el consultorio sea atractivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Permita que lo decoren las personas adolescentes. » Instale un mural informativo y manténgalo con informaciones actualizadas. » Señalice el consultorio como espacio para adolescentes. » Decore la sala o área de espera con carteles y materiales educativos disponibles. » Utilice en el área de espera radio, videos y otros medios audiovisuales para actividades educativas y de entretenimiento para las personas adolescentes.
<p>Establecer la coordinación interna e interinstitucional y el trabajo en redes</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Haga conexión con los principales servicios ubicados en el mismo centro de salud con los que interacciona con mayor frecuencia con fines de consulta y referimientos. » Mantenga una lista actualizada de las instituciones y organizaciones que trabajan con adolescentes en la comunidad. » Forme parte de comisiones de trabajo para eventos relacionados con adolescentes y la comunidad. » Haga alianzas estratégicas para ejecuciones puntuales y/o proyectos específicos, incluyendo organizaciones comunitarias y de la sociedad civil. » Establezca mecanismos de referencia y contrarreferencia con otras instituciones. » Coordine con las universidades y centros formadores de recursos humanos en salud para la rotación de estudiantes y pasantes de diversas disciplinas. » Promueva capacitaciones e investigaciones conjuntas entre instituciones que trabajan con personas adolescentes en la comunidad, con centros educativos y academias.
<p>Establecer programas de extensión comunitaria con base en la participación juvenil</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Trabaje activamente con las familias, escuelas y la comunidad ofertando sesiones educativas y participación en eventos masivos para llegar a las personas adolescentes antes que necesiten los servicios de salud sexual y salud reproductiva. » Capacite a personas adultas y jóvenes de otros ámbitos para que promuevan la salud sexual y salud reproductiva de adolescentes. » Utilice los medios de información y comunicación disponible en la comunidad para promocionar el servicio, informar y educar.
<p>Promover y abogar a favor de los derechos de las personas adolescentes y la implementación de políticas públicas a favor de esta población</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Conozca las leyes y políticas vigentes. » Capacite a las personas adolescentes para que adquieran habilidades para la abogacía e incidencia política. » Forme parte de grupos que abogan en favor de derechos y políticas relacionadas con jóvenes y adolescentes. » Utilice los medios de comunicación para abogar a favor de causas relacionadas a personas adolescentes jóvenes.
<p>Mantener un ritmo de actividades que contribuya hacer su servicio más atractivo y acogedor</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Disponga de materiales educativos impresos y audiovisuales y actualícelos regularmente. » Con apoyo de las personas adolescentes introduzca actividades novedosas: días para familias, escuelas para padres y madres; círculos para jóvenes en circunstancias especiales, entre otros.
<p>Evaluar periódicamente el servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Mantenga un registro actualizado de datos sobre la atención ofertada. » Actualice periódicamente el diagnóstico sobre su población objetivo. » Promueva el uso del buzón de sugerencias para valoración de los servicios. » Incluya a personas adolescentes en sus evaluaciones. » Realice encuestas de satisfacción entre adolescentes atendidos en los servicios. » Evalúe el nivel de seguimiento, monitoree la asistencia a las citas programadas. » Evalúe resultados antes y después de haber implementado acciones para hacer el servicio más amigable y para mejorar la calidad.



SECCIÓN III

COMPONENTES DE INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES DE LA CONSULTA AMBULATORIA DE PERSONAS ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

“Definitivamente se necesita algo más, no solo que los servicios sean amigables para adolescentes y que tengan calidad, sino también que haya más apoyo político, mejore la gestión de los programas y nos enfoquemos en la aplicación de intervenciones que hayan demostrado efectividad, sobre todo en cuanto a la salud sexual y salud reproductiva: para que no siga habiendo oportunidades perdidas”

Personal médico, coordinadora de un servicio para adolescentes.

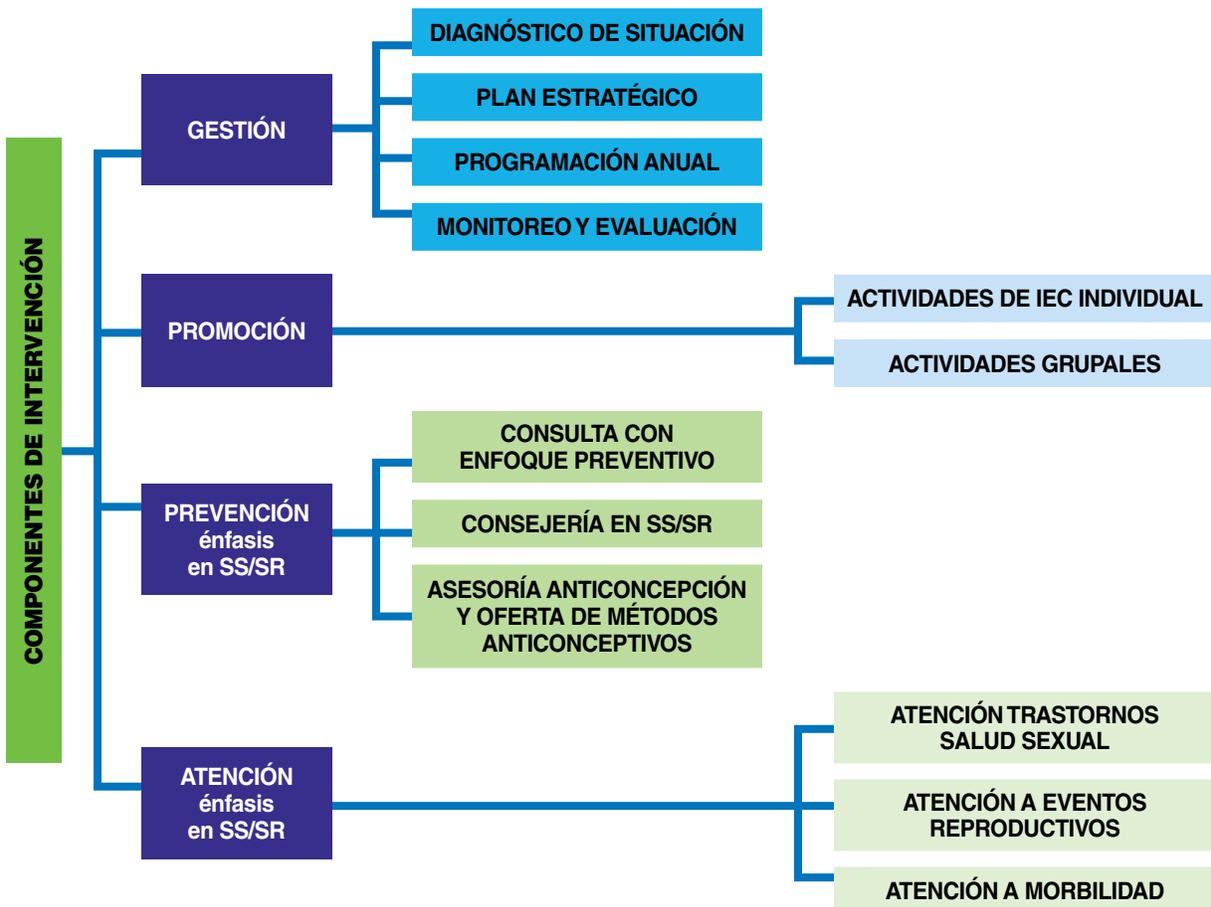
3.1 DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES DE INTERVENCIÓN.

La puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud por parte de la población adolescente es el primer nivel de atención donde funcionan las UNAP y centros de atención primaria y se oferta la atención integral en salud para personas adolescentes que comprende diferentes intervenciones distribuidas en cuatro (4) componentes:

- Componente de gestión
- Componente de promoción de la salud
- Componente de prevención
- Componente de atención directa, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva

Las acciones correspondientes a estos componentes se visualizan en el diagrama No. 4:

DIAGRAMA 4.
Componentes de Intervención para la Atención Integral de Personas Adolescentes



A continuación, se describe el componente de gestión. Respecto a los componentes de promoción, prevención y atención solo se mencionan las actividades generales que abarcan, pues los detalles se presentarán más adelante en el marco de las actividades de la consulta.

3.1.1 Componente de gestión.

La gestión de la oferta de atención integral en salud de las personas adolescentes implica acciones de planificación orientada a mejorar el acceso y la calidad de los servicios, la identificación de estrategias e intervenciones para contribuir a la salud y el desarrollo de la población adolescente, así como a garantizar el derecho a la atención en salud sexual y salud reproductiva.

Este componente de gestión se trabaja en estrecha coordinación con las Direcciones Provinciales, Municipales y de Áreas de Salud (DPS/DMS/DAS), en lo que respecta a las acciones de salud colectiva, así como con las gerencias correspondientes a los Servicios Regionales de Salud (SRS) en lo concerniente a la provisión de servicios individuales a las personas adolescentes.

Las intervenciones que comprende este componente son las siguientes:

- **Elaboración de un diagnóstico de la situación de salud de las personas adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva.** Este diagnóstico comprende la situación de la oferta de atención en salud y debe ser realizado con la activa participación de adolescentes y sectores vinculados al trabajo con esta población, siendo parte del Análisis de Situación en Salud (ASIS) correspondiente al municipio, provincia, región y al ámbito nacional. Los insumos para el análisis de situación referente a los servicios deben provenir de la información generada por los propios servicios en cuanto a la atención en salud sexual y salud reproductiva, detección de riesgos y morbilidad, entre otras variables, así como información y análisis en torno a las barreras para el acceso a los servicios. Este diagnóstico constituye la base sobre la cual se elabora la planificación y la programación de la prestación de servicios a esta población.
- **Elaboración de un plan estratégico, de carácter participativo, intersectorial y con énfasis en salud sexual y salud reproductiva.** Este tipo de intervención se realizará en todos los niveles con el propósito de mejorar la situación de salud de las personas adolescentes. Este plan debe partir del análisis de situación de salud y contar con la participación de grupos de adolescentes en el proceso de elaboración, además de estar enmarcado en los planes municipales, provinciales y nacionales, a fin de disponer de los recursos necesarios para su implementación. Se recomienda definir estos planes por un periodo de 3-5 años.

Todos los centros de salud deben ofertar servicios de atención integral para adolescentes

Según su capacidad de resolución y nivel de complejidad, considerando las necesidades de los y las adolescentes.

Estos servicios deben estar identificados adecuadamente dentro de la instalación de salud.

- **Programación anual de la oferta de servicios dirigida a personas adolescentes.** Cada año los servicios para adolescentes realizarán su programación de actividades, la cual forma parte del programa del centro de salud. Esta programación debe partir del análisis de situación de salud de las personas adolescentes y contar con la participación de grupos de jóvenes en el proceso de programación. Además, debe estar enmarcada en el plan estratégico de salud de adolescentes.

Las programaciones de los servicios deben establecer metas, actividades e indicadores de resultados de los componentes de promoción, prevención y atención; además de contemplar la coordinación de actividades interinstitucionales e intersectoriales, y la participación juvenil, de la familia y de la comunidad. Además, considerando que la población adolescente no suele acudir con frecuencia a los servicios, se priorizará la inclusión de acciones dirigidas a la captación de adolescentes y a promover los servicios en el marco de las actividades de coordinación interinstitucional e intersectorial y de participación social.

La programación comprende también la organización de la consulta para adolescentes, considerando el desafío de la ampliación de la cobertura. La organización de la consulta se regirá por los principios y enfoques de la atención integral a esta población, se procurará, de acuerdo con las posibilidades y recursos de cada centro de salud, garantizar la accesibilidad en cuanto a horarios, costos, tiempo de espera y demás aspectos previamente señalados en este documento. En las UNAP y centros de atención primaria se recomienda la ubicación de esta consulta en horario vespertino, además de que se contemplan intervenciones específicas en otros escenarios: hogar, escuela, comunidad, centros laborales, entre otros. En los centros de 2do nivel variará según la modalidad de la atención diferenciada que se implementa.

- **Monitoreo y evaluación,** cada centro de salud, con el director o directora como responsable, dará seguimiento a la ejecución de la programación anual por parte de los servicios, con la participación del equipo interdisciplinario y con representatividad de adolescentes. Este proceso también será supervisado por el personal de las DPS/DAS y las gerencias de los Servicios Regionales de Salud.

Se recomienda desarrollar procesos de monitoreo y evaluación de carácter participativo, orientados a la mejora en cuanto a la calidad de la atención y tomando como referencia los estándares definidos en este documento (Ver cuadro No.2).

El propósito de las actividades de monitoreo es identificar de forma temprana las limitaciones en el avance de los procesos definidos en la programación anual y tomar correctivos de manera oportuna. La evaluación de las actividades programadas se realizará utilizando los indicadores previamente establecidos en la programación y se analizarán de la siguiente manera: trimestralmente a nivel local, cada semestre en el nivel provincial y anualmente en el nivel nacional. En el anexo No.1 se incluye una relación de indicadores para el monitoreo y evaluación de las acciones de los componentes de promoción, prevención y atención (ver anexo).

3.1.2 Componente de promoción.

Las reglamentaciones nacionales en materia de salud de adolescentes establecen que en todos los centros de salud se deben desarrollar estrategias de promoción de la salud integral de adolescentes. El desarrollo de acciones de promoción de la salud dirigidas a las personas adolescentes está enfocado en el desarrollo de competencias en la toma de decisiones en salud, con énfasis en el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva, participando en la gestión y cuidado de su salud, la de su familia, sus pares, la comunidad y del ambiente, en los diferentes escenarios donde interactúan.

En todo establecimiento de salud deben realizarse actividades de promoción de la salud integral de adolescentes.

Para la realización de las intervenciones de promoción se tomarán en cuenta los siguientes aspectos:

- Fomento de acciones de promoción en salud de carácter participativo, con integración de adolescentes, familias y comunidades; orientadas a promover estilos de vida saludables en las personas adolescentes, mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas, incluida una mayor percepción de riesgo respecto a los principales problemas que afectan su salud sexual y salud reproductiva.
- Promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos desde la perspectiva de género y con énfasis en la prevención y protección contra toda forma de violencia.
- Reconocimiento de pluralidad y la diversidad en el contexto de los servicios y la atención a las personas adolescentes.
- Incorporación de la perspectiva de género y de derechos en los procesos de diseño y ejecución de campañas, materiales y acciones de promoción de la salud.
- Los contenidos de las estrategias de promoción de la salud deben responder a las necesidades e indicadores relacionados a la salud de adolescentes, referidos al proceso de crecimiento y desarrollo adolescente, la sexualidad y la reproducción, así como a conductas de riesgo asociadas a salud mental y al consumo de tabaco, alcohol, drogas y suicidio; a la prevención de embarazo, ITS/VIH y sida, violencia y abuso sexual, y lesiones asociadas a accidentes.
- El enfoque de las estrategias de promoción de la salud de adolescentes debe estar fundamentado en las evidencias y en el rigor científico, basándose en información actualizada, con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos.

Las intervenciones reglamentadas para este componente de promoción de la salud de adolescentes son las **actividades de información, educación y comunicación (IEC) y fomento del empoderamiento para el cuidado de la salud, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva**. Estas pueden adoptar dos modalidades:

- De tipo individual.
- De tipo grupal.

Ambos tipos de actividades pueden ser realizados en los servicios y/o en los espacios comunitarios. Para fines de las intervenciones de promoción grupal en espacios comunitarios la UNAP coordinará con la DPS/DMS/DAS correspondiente, así como con las demás instituciones vinculadas al trabajo con adolescentes del área de influencia del servicio, priorizará los centros educativos debido a que allí converge una gran cantidad de adolescentes y se asegura la cobertura de este tipo de actividades. Sin embargo, esto último no excluye la realización de actividades para el alcance de adolescentes en condiciones de vulnerabilidad y con mayor exposición a riesgos, como es el caso de la población no escolarizada.

Las acciones de IEC forman parte del paquete de atención integral para adolescentes en los servicios de salud y deben ser registradas en el expediente clínico. Para su aplicación se debe considerar lo siguiente:

- Incorporar las acciones individuales de IEC en cada contacto de las personas adolescentes con el servicio, en el marco de la realización de los procedimientos propios de cada personal (por ejemplo: personal médico durante el examen físico).
- Las actividades grupales serán realizadas como parte del paquete de atención para adolescentes, y estarán a cargo de personal entrenado para estos fines y estarán basadas en metodologías lúdicas y participativas.
- Los servicios deben establecer coordinación y articulación de acciones con la red de servicios y con las organizaciones de la comunidad como: escuela, clubes, instituciones deportivas, recreativas, laborales, organizaciones juveniles, juzgados de familia, entre otras; para la implementación de las actividades de IEC y adquisición de competencias para el cuidado de la salud de adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva.
- Los servicios de atención integral de adolescentes deben apoyar, según les sea demandado, las acciones de IEC dirigidas a la comunidad escolar (el alumnado, padres/madres y tutores de familia, docentes y directivos) en aspectos relativos a la prevención de conductas de riesgo y promoción de conductas de autocuidado en adolescentes, especialmente en relación con la educación integral en sexualidad.
- En las actividades de IEC se debe partir siempre de las necesidades de aprendizaje de los y las adolescentes, enfatizando los aspectos de la salud sexual y la salud reproductiva.

Como parte del componente de promoción de salud, las instituciones y servicios de salud deben promover la formación de adolescentes como agentes multiplicadores vinculados a los servicios, programas y proyectos de la institución y de la comunidad, y facilitar su integración y activa participación en las acciones de promoción de la salud en los ámbitos familiar, escolar y comunitario. En el caso de las familias y referentes adultos se recomienda abrir espacios de reflexión grupal, con participación de familiares de adolescentes, para la aplicación de estrategias de promoción de la salud que la evidencia señala como efectivas, como es el caso de "Familias Fuertes" (OPS, 2013), para que fortalezcan su rol socializador, la comunicación intrafamiliar y el abordaje de los temas relacionados a la salud sexual y salud reproductiva. Estas acciones se deben realizar bajo la supervisión y/o acompañamiento del personal de salud.

3.1.3 Componente de prevención.

Los determinantes sociales de la salud interactúan en los diferentes contextos de desarrollo de las personas adolescentes, así es posible la identificación de los factores de riesgo y de protección para el disfrute de la salud, a través de la aplicación de un enfoque preventivo en el abordaje de la salud.

Es conocido que las principales causas de morbilidad y mortalidad en las personas adolescentes están relacionadas con factores de riesgo asociados al comportamiento: las conductas sexuales sin protección que llevan a embarazos no planeados y a infecciones de transmisión sexual, las lesiones por causas externas como accidentes, los diferentes tipos de violencia, el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, los trastornos de la alimentación y del área de la salud mental. Todos estos problemas de salud son potencialmente prevenibles.

El enfoque preventivo en la atención integral de adolescentes debe ser permanente durante el transcurso de la adolescencia y la detección de factores, situaciones y conductas de riesgo debe realizarse anualmente, en cada consulta y con enfoque preventivo.

Las reglamentaciones y protocolos nacionales para la atención integral de personas adolescentes establecen que el personal de salud debe utilizar la historia clínica de la adolescente estandarizada, conforme lo establecen OPS-CLAP, que es la herramienta para realizar la evaluación de riesgo en adolescentes (ver anexo No.2). Debe ser completada en el primer contacto de la persona adolescente con el servicio. Cuando es identificado algún factor o situación de riesgo, el personal de salud debe ofrecer alguna intervención: educativa, terapéutica, referencial o de otro tipo. Los lineamientos sobre las acciones que resultan de la evaluación de riesgo, así como los mecanismos de referencia y contrarreferencia ante las diferentes situaciones de riesgo identificadas, serán abordados más adelante como parte de las actividades de la consulta.

Durante la consulta de adolescentes con enfoque preventivo deben asegurarse las siguientes acciones:

- Evaluación del crecimiento y desarrollo.
- Evaluación nutricional.
- Evaluación del estado de las inmunizaciones y vacunas.
- Detección de trastornos en la relación familiar.
- Detección de trastornos en las relaciones sociales.
- Detección de trastornos relacionados a la escolaridad.
- Detección de trastornos relacionados al ámbito laboral.
- Detección de trastornos relacionados a la sexualidad.
- Detección de riesgo de embarazo y/o infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y sida.
- Evaluación diagnóstica de ITS/VIH y sida.
- Detección de violencia en sus diferentes manifestaciones.
- Detección de riesgo de consumo de sustancias nocivas.
- Detección de riesgo de depresión y suicidio.
- Detección de riesgo de hipertensión.

Como parte del componente de prevención, también se contempla la consejería, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva y el asesoramiento específico en anticoncepción y la oferta de métodos anticonceptivos y de protección sexual, según requerimientos.

La consejería tiene como objetivo que las personas adolescentes logren desarrollar sus capacidades de discernimiento, negociación, interacción social, manejo de la presión de pares y toma de decisiones libres y responsables, especialmente en el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva, particularmente, en cuanto a la anticoncepción.

Los centros de salud deben disponer de espacio a lo interno de los servicios para adolescentes, para la realización de la consejería, en condiciones que garanticen la privacidad y confidencialidad.

La consejería puede ser realizada por cualquier integrante del equipo de salud que tenga entrenamiento para ello y que cuente con los avales de una institución reconocida.

Los servicios de atención integral de adolescentes son responsables de la oferta de anticoncepción y planificación familiar de adolescentes, la cual debe ser realizada por personal médico y de enfermería. Los siguientes aspectos deben ser aplicados por el personal de salud que atiende adolescentes:

- La oferta de anticoncepción debe estar disponible en el espacio físico correspondiente al servicio de adolescentes.
- A todas las personas adolescentes que sean sexualmente activas se les debe realizar consejería y oferta de anticoncepción.
- Es fundamental la indicación del preservativo/condón en adolescentes, ya que es el único método que previene las ITS/VIH y sida. No se debe considerar que la persona adolescente lo sabe usar, el personal de salud debe siempre explicar su uso correcto.
- La anticoncepción de emergencia constituye una opción eficaz para prevenir un embarazo en adolescentes que han tenido una relación sexual sin la protección anticonceptiva necesaria, incluyendo violencia sexual. Siempre debe informarse sobre esta opción.
- A las adolescentes embarazadas se debe enfocar la consejería a la prevención de un siguiente embarazo no planificado, y se les debe informar y educar durante las consultas prenatales, en el post parto y postaborto inmediato, en relación con la oferta de anticoncepción postevento obstétrico.
- La atención de los trastornos de la salud sexual se debe ofrecer a los y las adolescentes, sin distinción en cuanto a orientación sexual, identidad y expresión de género, abordándose las principales alteraciones ginecológicas y genitourológicas en adolescentes. Debe ser realizada por personal médico en conjunto con enfermería y teniendo en cuenta los puntos que se citan a continuación: No debe limitarse a la exploración de los genitales, sino que debe ser un espacio de esclarecimiento de temas relativos a la sexualidad y al desarrollo, y a la detección de necesidades de autoaprendizaje.
- A todas las adolescentes a partir de dos años de tener relaciones sexuales se les debe realizar examen ginecológico que incluya detección de cáncer cervical- prueba de papanicolau (PAP).
- Se debe enseñar sin distinción de sexo la técnica del autoexamen de las mamas. En el caso de los varones se debe enseñar además el autoexamen testicular.
- Siempre se debe realizar intervención educativa y orientación sobre higiene y autocuidado de los órganos sexuales.

3.1.4 Componente de atención.

Este componente se centra en la atención específica a condiciones relacionadas a la salud sexual y la salud reproductiva, así como a la atención en general de la morbilidad en adolescentes.

El equipo de salud es responsable de ofertar en la consulta ambulatoria las diferentes intervenciones que comprende este componente:

- Atención a trastornos de la salud sexual.
- Atención a eventos reproductivos.
- Atención a la morbilidad.

La atención a trastornos de la salud sexual debe ser realizada por el equipo de salud con participación del área de salud mental, según requerimientos, pues este tipo de trastornos con frecuencia generan gran preocupación en las personas adolescentes, afectación de la autoestima y ansiedad. Implica no solo el abordaje de los trastornos específicos sino también intervención de consejería específica según el trastorno que se sospeche en la persona adolescente, tales como trastornos ginecológicos, trastornos en la función sexual, patologías de mama, o patologías de escroto, testículos y pene. Además, este tipo de atención contempla orientaciones encaminadas a promover una sexualidad sana, segura, placentera y libre de coerción y violencia.

La atención integral de adolescentes en caso de eventos obstétricos debe brindarse mediante una consulta diferenciada para adolescentes. El personal médico es responsable de la consulta de obstetricia. Si el establecimiento de salud dispone de personal médico especializado en obstetricia, este debe asumir la atención diferenciada de las adolescentes embarazadas e integrarse al equipo interdisciplinario de atención integral de adolescentes.

La historia clínica de adolescentes debe ser aplicada desde la primera consulta obstétrica, a fin de poner el foco de atención en la adolescente y su desarrollo y facilitar la detección de riesgos psicosociales. Toda adolescente embarazada que se sospeche haya sufrido violación sexual, debe informarse a la dirección del centro de salud a fin de proceder con la notificación correspondiente según lo dispuesto en el Código para el sistema de protección de los derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes (Ley 136-03).

La atención a la morbilidad incluye acciones específicas según demanda de la adolescente ante un evento que afecta su estado de salud. Se debe recibir en el servicio de adolescentes, realizar la evaluación de lugar y proceder con las interconsultas y/o referencias, según se requiera. Tener presente que las consultas de seguimiento son fundamentales en caso de morbilidad y deben considerarse como parte del plan de intervención, a fin de garantizar la continuidad de la atención.

3.2 ACTIVIDADES DE LA CONSULTA AMBULATORIA DE PERSONAS ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

El énfasis en los aspectos de la salud sexual y salud reproductiva en el marco de la atención integral de las personas adolescentes es una respuesta a la realidad nacional caracterizada por indicadores de salud y desarrollo en las dimensiones sexual y reproductiva con un impacto negativo sobre el bienestar y la calidad de vida de adolescentes, familias y comunidades, incluidos los elevados índices de embarazos asociados a una alta mortalidad y morbilidad materna que ubica a la República Dominicana entre los países de América Latina con mayor fecundidad en adolescentes (PNUD, 2017)

La evidencia científica, recabada a partir de las evaluaciones de impacto de programas dirigidos a adolescentes, indica que las intervenciones más efectivas en el ámbito de la prevención de problemas y trastornos asociados a la salud sexual y reproductiva son aquellos que combinan diferentes acciones de información/educación en sexualidad, servicios de salud para adolescentes y actividades de extensión comunitaria enfocada en la adquisición de habilidades y el desarrollo juvenil (Kirby, 2007; Ramos, 2011; Cochrane, 2010; Divos et al, 2012).

De manera particular las evaluaciones muestran evidencias consistentes en relación con la efectividad de programas dirigidos al fortalecimiento de los servicios de salud: orientados a mejorar la calidad de los servicios -calidez, oportunidad, disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva- y la promoción de la salud y el trabajo con redes de jóvenes (Michael Carrera, citado por el Ministerio de Salud de Perú, 2013). En este mismo sentido, Bearinger, Sieving, Ferguson & Sharma en la revista *The Lancet* (2007) presentaron evidencias en torno a la efectividad de intervenciones de prevención y promoción de la salud, que incluyen los servicios de salud que aseguran una atención de alta calidad en salud sexual y reproductiva.

A partir del análisis de evidencias de intervenciones efectivas en salud reportadas en las fuentes antes citadas se plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios diferenciados para personas adolescentes, con énfasis en la salud sexual y salud reproductiva, además de garantizar la implementación efectiva de las actividades de orientación y consejería, así como el aseguramiento de los insumos anticonceptivos.

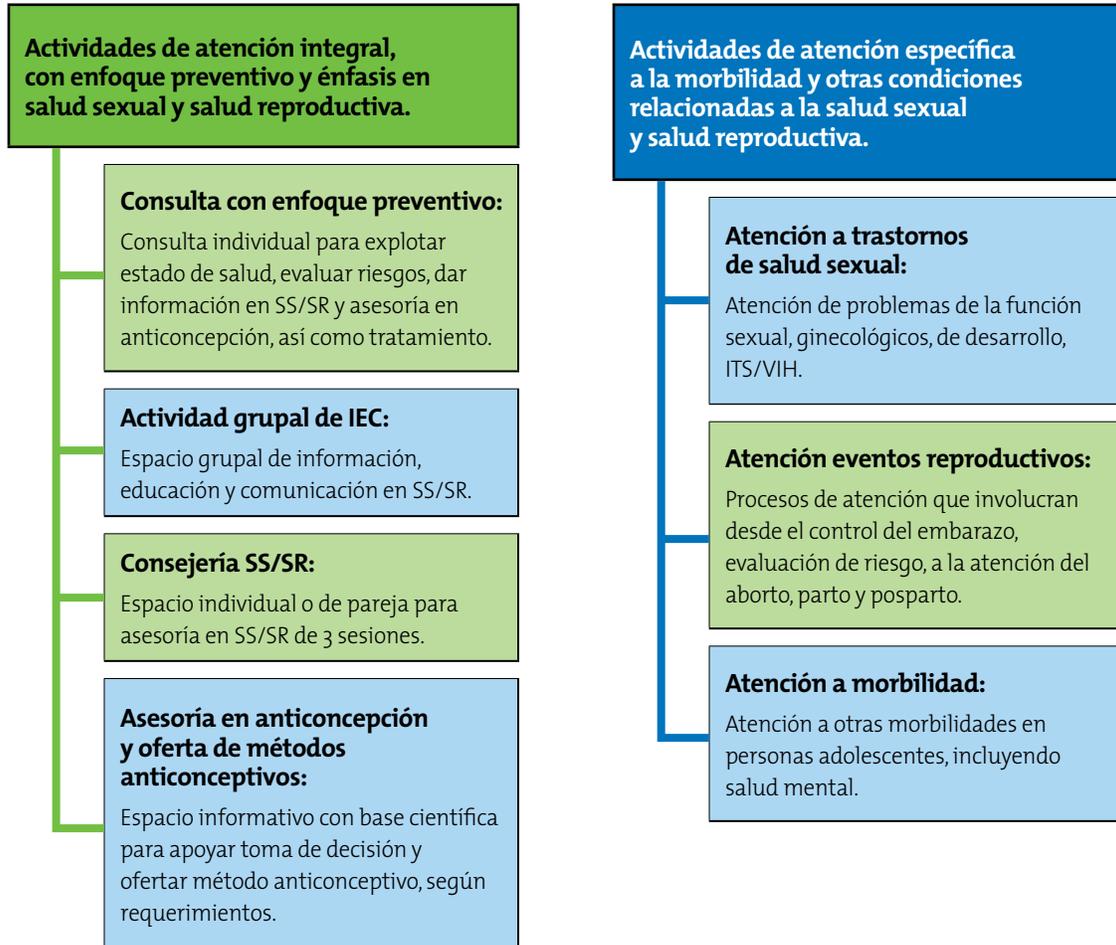
En este contexto, se presenta a continuación la guía para la ejecución de las actividades correspondientes a la consulta ambulatoria de personas adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, las cuales deben implementarse en centros de primero y segundo nivel de atención.

- *Actividades de atención integral de personas adolescentes con enfoque preventivo y énfasis en salud sexual y salud reproductiva.*
- *Actividades de atención específica a la morbilidad y otras condiciones relacionadas a la salud sexual y salud reproductiva.*

En el diagrama No. 5 se muestra en qué consiste cada una de estas actividades para luego describirlas de forma detallada.

DIAGRAMA 5.
Actividades de la consulta ambulatoria de personas adolescentes,
con énfasis en salud sexual y salud reproductiva

Adaptado apartir de: Costa Rica (2015) Manual Técnico y de Procedimientos para la Atención Integral de las Personas Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva



3.2.1 Actividades de atención integral con enfoque preventivo y énfasis en salud sexual y salud reproductiva.

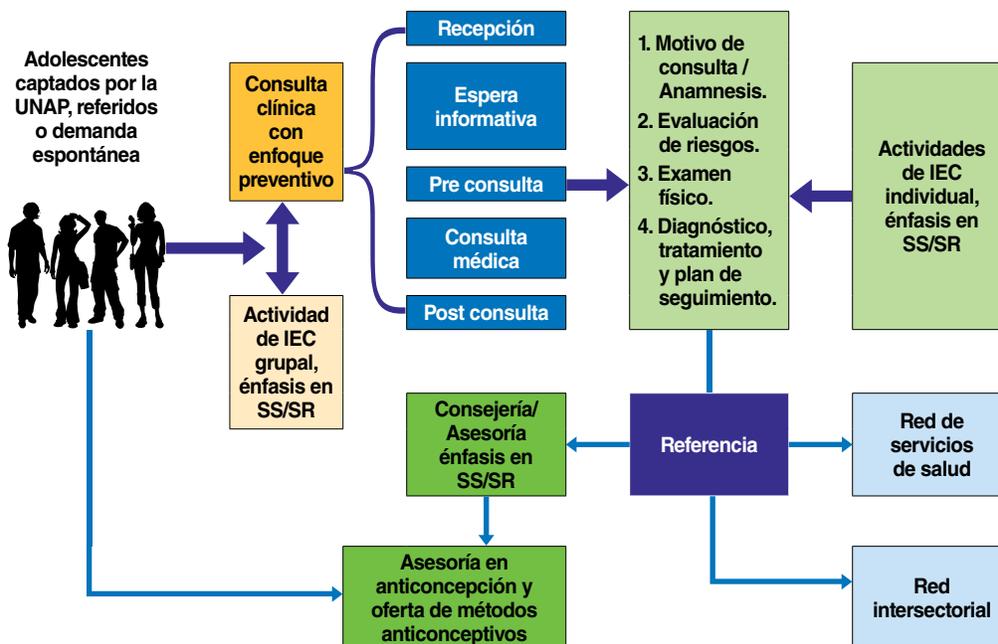
En el diagrama No. 6 se muestra el flujo para la atención integral de personas adolescentes en la UNAP y centros de primer nivel, las cuales están basadas en un enfoque preventivo y tienen especial énfasis en el componente de salud sexual y de salud reproductiva.

Las actividades dirigidas a garantizar la atención integral con enfoque preventivo se desarrollan en el marco de la consulta ambulatoria y comprenden:

- La consulta individual con enfoque preventivo,
- La actividad individual y grupal de IEC,
- La consejería, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva,
- La asesoría en anticoncepción y oferta de métodos anticonceptivos, según requerimientos.

Las personas adolescentes tienen derecho a una atención integral, diferenciada y con especial énfasis en la prevención de factores de riesgo para su salud y desarrollo.

DIAGRAMA 6.
Flujo para la atención integral, con enfoque preventivo y énfasis en salud sexual y salud reproductiva en la UNAP



A. CONSULTA INDIVIDUAL CON ENFOQUE PREVENTIVO.

La consulta con enfoque preventivo está basada en un abordaje biopsicosocial, dirigido a la evaluación de factores y situaciones de riesgo, enfatizando el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva. Esta consulta debe ser permanente durante el transcurso de toda la adolescencia, con una periodicidad anual.

A partir de esta consulta se identifica la necesidad de otras actividades que se enmarcan en la atención integral con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, tales como la consejería, el asesoramiento en anticoncepción y la oferta de métodos anticonceptivos.

Siguiendo las recomendaciones internacionales (OPS, 2016; Caja Costarricense del Seguro Social, 2015) esta consulta se complementa con actividades grupales de información y educación, también enfocadas en la salud sexual y salud reproductiva. Por lo tanto, se considera que la atención integral con énfasis en salud sexual y salud reproductiva de las personas adolescentes está completada cuando la persona adolescente ha recibido tanto la consulta individual con enfoque preventivo como la actividad grupal de IEC.

En el diagrama No. 7 se muestra el flujo de actividades de esta consulta y luego son descritas con mayor amplitud.

La consulta individual con enfoque preventivo:

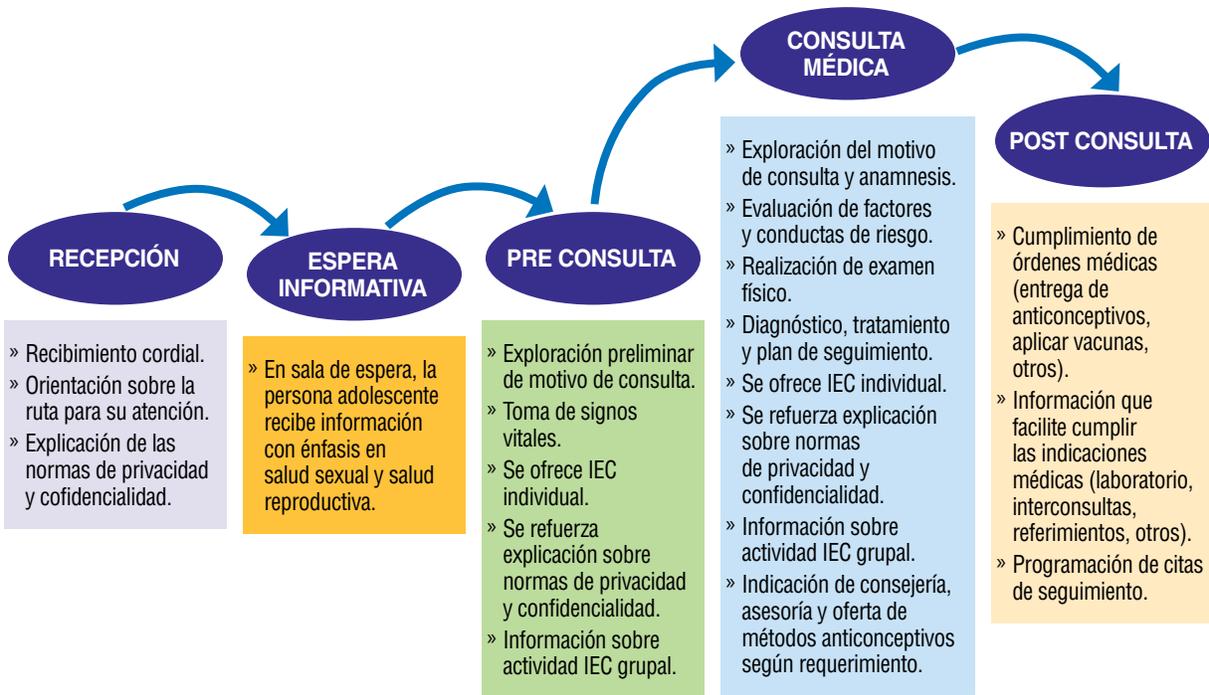
Es la oportunidad (a veces única) para detectar procesos de la adolescencia normal o situaciones de riesgos biopsicosociales y relacionados a salud sexual y salud reproductiva, o también para la detección oportuna de procesos de morbilidad.

Es, además, oportunidad de “encuentro” para actividades de promoción y/o prevención en salud.

**Esta NO debe ser una
¡Oportunidad Perdida!**

DIAGRAMA 7.
Flujo de actividades de la consulta individual con enfoque preventivo,
con énfasis en salud sexual y salud reproductiva

Adaptado a partir de: Costa Rica (2015) Manual Técnico de Procedimientos
 para la Atención Integral de las Personas Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva



▪ **RECEPCIÓN DE LAS PERSONAS ADOLESCENTES:**

1. Todas las personas adolescentes que lleguen al centro de salud deben ser recibidas con respeto por el personal de apoyo administrativo que esté disponible para esos fines (portero, recepcionista u otro), quien debe estar sensibilizado para el trato digno, respetuoso, no discriminatorio y libre de prejuicios hacia las personas adolescentes en toda su diversidad. Este personal se encargará de dar orientación sobre la ubicación de la consulta de atención integral para personas adolescentes.
2. Todas las personas adolescentes deben ser recibidas de manera cordial en el área de recepción de la consulta, se las orienta sobre los procesos de la atención y se les solicitarán los documentos requeridos para la prestación de servicios (cédula, carné de seguro de salud, otros). En adolescentes menores de edad, en ningún caso se les puede negar la atención si no cuentan con estos documentos.
3. Todas las personas adolescentes (y acompañantes si están presentes) deben ser informadas acerca de las normas de privacidad y confidencialidad.
4. En caso de personas adolescentes menores de edad que acudan solas al servicio de salud, sin familiares y/o acompañantes, siempre deben ser atendidas.

5. Si la persona adolescente no habla español, se debe tratar de establecer la comunicación a través de una tercera persona o acompañante que sea de su confianza y que haga las veces de intérprete.
6. Se debe procurar que el tiempo en la recepción no sea prolongado.

▪ **ESPERA INFORMATIVA:**

1. Lo idóneo es contar con un espacio diferenciado como área o sala de espera para las personas adolescentes.
2. El personal a cargo de esta área (personal secretarial, de enfermería u otros) debe estar sensibilizado para el trato digno, respetuoso, no discriminatorio y libre de prejuicios hacia las personas adolescentes en toda su diversidad.
3. El espacio de espera debe ser acogedor y atractivo para las personas adolescentes, con el mobiliario necesario para que estas se sientan cómodas.
4. En esta área se requiere disponer de recursos materiales de IEC, con énfasis en el abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva.
5. Disponer de un buzón u otro medio que permita a las personas adolescentes dar su opinión sobre la atención y hacer sugerencias.
6. Utilizar la sala de espera para realizar actividades de promoción de la salud y ofrecer información y contenidos en salud sexual y salud reproductiva.
7. Se debe procurar que el tiempo de espera no sea prolongado.

▪ **PRECONSULTA**

1. El personal de enfermería u otro integrante del equipo debe estar a cargo de desarrollar las acciones de preconsulta. Este personal debe establecer un trato cordial y empático con la persona adolescente, y procurar que se sienta respetada y crear un ambiente de confianza, con escucha activa y mostrar interés hacia la persona atendida.
2. Se explora de forma preliminar el motivo de consulta y se procede a anotar en el expediente clínico.
3. Mientras se toman los signos vitales, se ofrece explicación a la persona adolescente y a su familiar o acompañante (en caso de estar presente) acerca de la modalidad de atención y las normas de privacidad y confidencialidad establecidas, además de otro tipo de información u orientación requerida.
4. Se debe prestar atención para identificar algún indicador que haga sospechar de posible violencia y se procederá de acuerdo con las reglamentaciones y normativas específicas autorizadas por el Ministerio de Salud Pública. En caso de sospecha de situación de violencia, se informa al personal médico, a fin de que profundice la indagatoria durante el proceso de la consulta.
5. Las personas adolescentes deben recibir información sobre los servicios que se brindan y la forma de acceder a ellos. A su vez, se dará información sobre contenidos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva.
6. Este espacio, además, se debe utilizar para informar acerca de la actividad grupal de IEC.

• CONSULTA MÉDICA

1. Esta consulta está a cargo del personal médico, que siempre se debe dirigir a la persona adolescente por su nombre, con trato cordial y respetuoso, considerando las diferencias y necesidades particulares de las personas adolescentes en toda su diversidad (edad, identidad y expresión de género, orientación sexual, condición socioeconómica, nivel de escolaridad, entre otras).
2. La consulta por primera vez debe tener una duración promedio de 30 minutos.
3. El consultorio debe reunir las condiciones mínimas que garanticen la confidencialidad y privacidad que se requiere. El personal médico debe cerciorarse de que la persona adolescente se siente cómoda.
4. Durante el proceso de la consulta médica se debe realizar actividad individual de IEC, así como para informar en relación con la actividad grupal de IEC.
5. Se debe garantizar la confidencialidad en la atención y explicar que el personal de salud no revela información obtenida en la consulta, a menos que esta represente un peligro para la vida de la persona adolescente y/o de una tercera persona, también por motivos legales.
6. La consulta involucra las siguientes acciones:
 - Conversación introductoria para generar confianza, explicar el proceso de la consulta y facilitar la exploración del motivo de consulta y la anamnesis.
 - Evaluación, valoración y clasificación de riesgos en los siguientes ámbitos: En la relación familiar, en las relaciones sociales, en la escolaridad, en el ámbito laboral, en relación con la sexualidad, en relación con el riesgo de embarazo y/o infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y sida, sobre la violencia en sus diferentes manifestaciones, sobre el riesgo de consumo de sustancias nocivas, el riesgo de depresión y suicidio.
 - Historia clínica y examen físico: evaluación del crecimiento y desarrollo y evaluación nutricional.
 - Clasificar hallazgos y realizar diagnóstico.
 - Elaboración de plan de intervención según se requiera.
 - Información y orientación en temas de salud sexual y salud reproductiva.
 - Indicación de consejería en salud sexual y salud reproductiva.

El expediente y la historia clínica de adolescentes -OPS/CLAP- (Ver anexo 2).

- » A toda persona adolescente que utilice los servicios deberá abrirsele un expediente y completarse la historia clínica, la cual constituye el instrumento básico de la atención integral y la evaluación de riesgos en las personas adolescentes.
- » Tanto el expediente como la historia clínica son documentos confidenciales, lo cual debe ser informado a la persona adolescente.
- » Cuando la persona adolescente asiste a la consulta por primera vez, se abre el expediente y se aplica la historia clínica. En caso de consultas subsecuentes se actualiza la información y se da continuidad a los procesos, enfocándose en la demanda actual de la persona adolescente.
- » La Historia clínica puede ser iniciada por cualquier integrante del equipo con capacitación en el llenado de ese documento y ser completada por el personal médico.
- » Todas las actividades y servicios ofertados deben ser registrados en el expediente clínico, incluyendo las actividades de IEC individual y grupal.
- » Si durante la atención se detecta una situación o caso de notificación obligatoria (Violencia, por ejemplo) el personal de salud debe registrarlo en el expediente y, además, informar al gerente o autoridad máxima del centro de salud a fin de que se realicen las notificaciones a las autoridades correspondientes, ya sea del sector salud o de la red interinstitucional, según normativas y protocolos específicos.

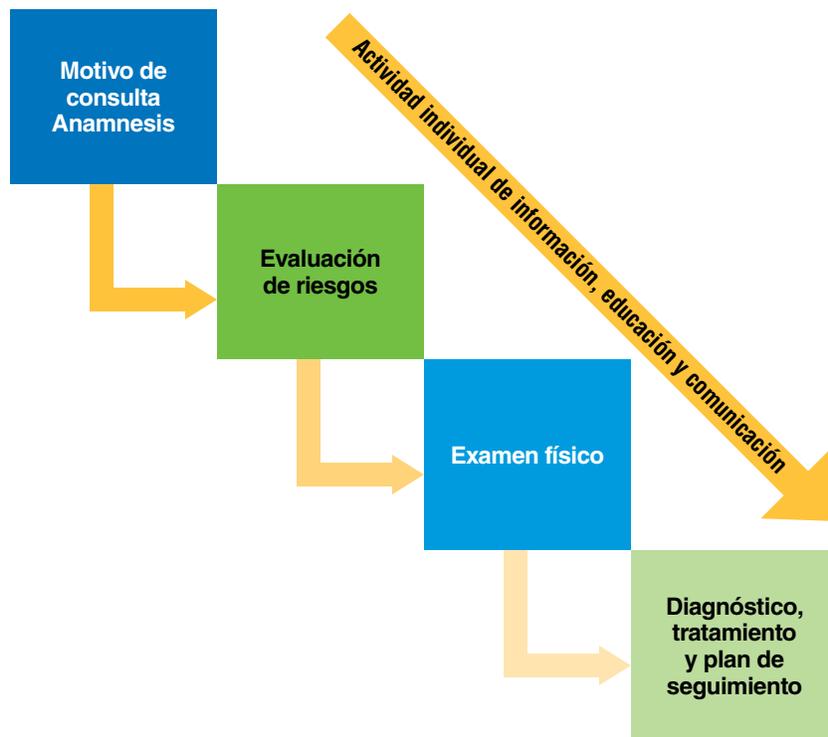
- Asesoramiento y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección sexual, en caso de ser requeridos, previo consentimiento informado de la persona adolescente.
- Referencia, en caso de ser necesario, a otra disciplina, nivel de atención u otra institución.
- Diálogo entre personal de salud y la persona adolescente, a fin de clarificar dudas.
- Acciones individuales de IEC según hallazgos en la consulta (en caso de personas adolescentes con actividad sexual o en riesgo psicosocial, se debe dar información y orientación sobre métodos de protección sexual y anticonceptivos).

▪ **POSTCONSULTA**

1. Está a cargo del personal de enfermería u otro integrante del equipo.
2. Se da cumplimiento a las órdenes médicas que correspondan (entrega de anticonceptivos y aplicar vacunas, por ejemplo)
3. Se debe ofrecer información que facilite a la persona adolescente el cumplimiento de las indicaciones médicas (laboratorio, interconsultas y referimientos, entre otros)
4. Se programan las citas según indicaciones médicas, motivando a la persona adolescente para su cumplimiento.
5. Se ofrece información a la persona adolescente sobre la asistencia a la actividad grupal de IEC.

A.1 ACCIONES QUE COMPRENDE LA CONSULTA MÉDICA.

DIAGRAMA 8.
Acciones a desarrollar durante el proceso de la consulta médica



En los párrafos subsiguientes se describen las pautas para el abordaje de cada una de las acciones que comprende la consulta médica:

- **MOTIVO DE CONSULTA/ANAMNESIS.**

La clave de este componente es la escucha y la observación. Es esencial escuchar y, dentro de lo posible, resolver el motivo de consulta que originó la demanda de atención por parte de la persona adolescente.

La persona adolescente puede consultar sola o acompañada (por su madre/padre u otros familiares, pareja o amistades) y es posible que los motivos de consulta no coincidan. De ahí que la historia clínica contempla un espacio para describir tanto el motivo de consulta de la persona adolescente como de su familiar o acompañante. El personal médico debe estar presto a escuchar ambas partes, pero sin dejar de reconocer que es la persona adolescente la usuaria de la consulta y a quien hay que garantizar sus derechos.

Se deben escuchar y respetar las distintas percepciones de la situación, inclinándose siempre por el interés superior de la persona adolescente y reconociendo la autonomía progresiva.

Consecuentemente, la anamnesis puede contar con tres fuentes principales de información: lo que relata la persona adolescente; lo que relatan sus familiares o acompañantes; la interacción entre la persona

adolescente y sus acompañantes. Debe garantizarse que al menos una parte de la entrevista se lleve a cabo a solas con la persona adolescente, si esta así lo desea.

Durante el proceso de anamnesis se inicia el llenado de la historia clínica que es propiedad de la persona adolescente con los datos aportados, por lo tanto, lo que en ella se registre tiene que estar en su conocimiento y haber sido consensuado.

▪ **LA HISTORIA CLÍNICA FACILITA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE:**

- » Motivo de consulta (adolescente, acompañante). Cronología de la enfermedad actual.
- » Antecedentes patológicos personales y familiares.
- » Interrogatorio funcional por aparato y sistemas (crecimiento y desarrollo, salud sexual y reproductiva, inmunizaciones, salud bucal, agudeza visual).
- » El crecimiento, expresado en la evaluación de la talla: talla normal, baja, alta.
- » El desarrollo puberal, expresado en categoría de la maduración: promedio, adelanto o retardo.
- » La condición nutricional: malnutrición en exceso (obesidad) o déficit (desnutrición).
- » El desarrollo psicosocial y cognitivo.
- » Inmunizaciones: completas o incompletas.
- » La evaluación de riesgo-vulnerabilidad-protección (se utiliza el instrumento HEAADSSS, por sus siglas, que aborda las siguientes áreas: hogar, educación-empleo, alimentación, actividades y vida social, drogas, depresión y suicidio, sexualidad, seguridad).
- » Otros diagnósticos: de acuerdo con los hallazgos (escoliosis, infecciones de transmisión sexual, caries, otros) indican la oportunidad para brindar información sobre autocuidado, cuidado mutuo y aprendizajes relacionados a salud sexual y salud reproductiva.

Por otra parte, es importante conocer la estructura de la entrevista con las personas adolescentes y la aplicación de técnicas que la faciliten, debido a que este es un elemento de vital importancia para establecer un clima de confianza, una adecuada relación médico- persona adolescente y/o familias y, sobre todo, la obtención de información que contribuya al desarrollo de una consulta efectiva.

CUADRO 6.
Estructura de la entrevista

Paso I- Principio	<ul style="list-style-type: none"> » Saludar y contestar el saludo. » Realizar una breve presentación. » Tratar de que la persona adolescente se sienta cómoda. » Explicar siempre lo que va a suceder y por qué.
Paso II- Centro	<ul style="list-style-type: none"> » Determinar la situación, problemas y sentimientos de la persona adolescente. » Identificar las situaciones de riesgo o requerimientos de apoyo.
Paso III- Final	<ul style="list-style-type: none"> » Ofrecer información sobre la situación o problema presentado, los resultados de exámenes y procedimientos aplicados, así como los pasos a seguir. » Dar tiempo para hacer preguntas. » Plantear las posibilidades de solución y comprometer a la persona adolescente para la solución del problema y llegar a un acuerdo terapéutico.

CUADRO 7.**Recomendaciones para la entrevista a las personas adolescentes**

(Adaptado de: Normas nacionales de atención integral de adolescentes, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana, 2009)

- » Mantener el contacto personal con el/la adolescente: visual y verbal. Desarrollar la escucha activa.
- » Observar el lenguaje no verbal (gestos, actitud y presentación).
- » Hacer preguntas que conduzcan al real motivo de consulta, utilizar un lenguaje claro, preciso y sencillo.
- » Motivar a que la persona adolescente se exprese libremente.
- » Centrar la historia inicial teniendo en cuenta el motivo de consulta planteado por la persona adolescente.
- » Identificar quién tiene el problema.
- » Se recomienda dejar los temas más sensibles e íntimos, para los que el personal de salud precisa ganarse la confianza de la persona adolescente (vida sexual, violencia intrafamiliar, violencia basada en género, consumo de drogas, etc.), para el final, excepto cuando son los motivos de consulta.
- » Evitar escribir mientras se realiza la entrevista. Iniciar la entrevista con preguntas abiertas.
- » Crear un clima de confianza, estableciendo empatía con la persona adolescente. Estimular positivamente: animarla, ayudarle a identificar sus cualidades y fortalezas.
- » Establecer límites, juntamente con la persona adolescente, tales como: cumplimiento de citas, tratamientos, horarios.
- » Permitir el ingreso de acompañantes durante la entrevista de acuerdo con la decisión de la persona adolescente.
- » En la primera consulta entrevistar al familiar o referentes adultos importantes que estén de acompañantes, con la persona adolescente o sin ella, de acuerdo con las circunstancias y decisiones de esta.
- » La persona adolescente debe ser la primera fuente de información.
- » No interrumpir la entrevista, respetar los horarios. Escuchar atentamente y poner atención a los comentarios.
- » Mantener un genuino interés y preocupación, no restarle importancia a aquello que la persona adolescente identifica como un problema relevante.
- » Respetar el derecho a la intimidad, el silencio y el pudor. No influir con posiciones políticas, religiosas, doctrinarias.
- » No generar dependencia, ser neutral, no parcializarse con la persona adolescente o personas relacionadas.
- » Orientar en la búsqueda de alternativas, para la toma de decisiones, y llegue a sus propias conclusiones y se comprometa. Mantener un comportamiento apegado a la ética profesional en el manejo de adolescentes.
- » Respetar las tradiciones y valores culturales. No hacer comparaciones de situaciones o con otras personas, especialmente adolescentes. No generalizar, discriminar ni estigmatizar.
- » Orientar al/la adolescente para el autocuidado de su salud. Identificar la capacidad de respuesta de la persona adolescente ante las situaciones de riesgo, pues no siempre genera comportamiento de riesgo.
- » Cuando se considere la necesidad de comunicar a la familia, hacerlo en lo posible en presencia de la persona adolescente, previo consentimiento de ella.
- » Estimular a la familia para que respete las opiniones de las y los adolescentes, fomentar la comunicación efectiva, la convivencia armónica y la disciplina por medio del diálogo y de acuerdos para el establecimiento de límites firmes y la expresión de los afectos (“amor y límites”)
- » En la familia de la persona adolescente se deben buscar primeramente las posibilidades de apoyo, pero tomando en cuenta que no siempre la familia será un recurso adecuado e indispensable, pues en ocasiones, a pesar de su importancia, se debe prescindir de ella.
- » Tener como objetivo final la incorporación de la familia a la problemática, tratar de que sea la persona adolescente la que se haga cargo de su decisión ante la familia, el personal de salud actuará como mediador.
- » Es necesario establecer un acuerdo terapéutico con la persona adolescente y/o con la familia.

- **EVALUACIÓN DE FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO Y PROTECCIÓN, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.**

El instrumento que se debe utilizar con este fin es la Historia Clínica de Adolescente estandarizada -OPS/CLAP-, de acuerdo con lo establecido en las normativas nacionales de salud y que está en consonancia con la herramienta del HEAADSSS que permite orientar la evaluación de riesgos psicosociales. Además, se utiliza la Escala de PETTING, que permite medir riesgos relacionados con la conducta sexual de los adolescentes.

- 1. La evaluación de riesgo mediante la historia clínica -CLAP/OPS-, en consonancia con la herramienta HEAADSSS.**

La evaluación de riesgo es un componente fundamental de la consulta médica que forma parte de las actividades de atención integral a la persona adolescente, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva. Debe realizarse la evaluación del riesgo a toda persona adolescente que asiste a la consulta individual con enfoque preventivo.

La evaluación de riesgo utilizando la historia clínica está en consonancia con la herramienta HEAADSSS, recomendada por el Comité de Adolescencia de la Academia Americana de Pediatría (2008), a partir de la propuesta original de Goldenring y Cohen (1988). La herramienta ha sido adaptada para los fines de esta guía y permite la evaluación de los siguientes aspectos: hogar, educación-empleo, actividad-vida social, drogas, suicidio-situación emocional, sexualidad-salud sexual y salud reproductiva, y la seguridad.

Debido a las múltiples dimensiones y manifestaciones de la violencia, esta es valorada como un aspecto relevante en cada uno de los ámbitos evaluados con la herramienta HEAADSSS. A través de la aplicación de la historia clínica esta información queda registrada y en caso de detectarse o haber sospecha de una situación de violencia deberán tomarse medidas inmediatas, incluida la notificación a las autoridades competentes en caso de adolescentes menores de edad.

Esta evaluación debe considerarse exploratoria, pues la aplicación de la historia clínica con base en la herramienta HEAADSSS no establece diagnósticos definitivos, sino que permite hacer una aproximación exploratoria de la presencia o ausencia de factores y comportamientos de riesgo en la persona adolescente, a fin de tomar las acciones inmediatas según el tipo de riesgo identificado.

HERRAMIENTA HEAADSSS PARA EVALUACIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL	
Ámbitos	¿Qué evaluamos?
H	Hogar: Estructura y funcionamiento familiar, comunicación y/o conflictos en la familia, con quién convive, percepción familiar respecto a la familia. Condiciones socioeconómicas: vivienda, hacinamiento, servicios básicos, nivel socioeconómico. Madre / hermana con antecedentes de embarazo en la adolescencia. Violencia intrafamiliar (VIF).
E	Educación/Empleo: Asistencia a centro educativo, nivel o grado, problemas en la escuela, deserción, exclusión, educación no formal. Violencia escolar (bullying). Actividad laboral, tipo de trabajo, inicio de trabajo, condiciones, horarios, razón del trabajo, trabajo legalizado, explotación laboral, trabajo insalubre. Violencia-acoso laboral
A	Alimentación: Hábitos de alimentación y dieta. Antecedentes de trastornos en la alimentación.
A	Actividades: vida social: Actividades extracurriculares, recreativas, pertenencia a grupos, pares, pareja, aceptación, tiempo TV, computadora, video juegos y redes sociales internet y teléfono celular. Violencia en espacios virtuales. Otras actividades.
D	Drogas, hábitos y consumo, cigarrillos, alcohol y otras drogas: cantidad, inicio de consumo y tipo de drogas.
S	Sexualidad, salud sexual y salud reproductiva menarca/espermaca, menstruación, trastornos ginecológicos y genitourológicos: dismenorrea, sangrados, flujos, ITS, embarazos, abortos. Inicio de relaciones sexuales, pareja sexual, orientación sexual, identidad y expresión de género, uso de anticonceptivos y tipo, problemas en las relaciones sexuales. Violencia en el noviazgo. Violencia de pareja. Violencia-abuso sexual.
S	Suicidio, situación emocional. Depresión, imagen corporal, estado de ánimo, referente adulto, proyecto de vida, redes sociales, aislamiento. Historia de violencia en la familia. Violencia psicológica.
S	Seguridad humana, seguridad vial y vida libre de violencia: Conducción de vehículos, uso de medidas de protección, accidentes frecuentes. Vida libre de violencia en sus diversas manifestaciones. Seguridad humana: Condiciones de vida digna, sin temor, sin miseria.

Fuente: Adaptación a partir de: Goldenring y Cohen (1988) & Asociación Americana de Pediatría (2008)

Al realizar la evaluación mediante la herramienta HEAADSSS se deben considerar las siguientes recomendaciones (OPS, 2016; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, 2012; Caja Costarricense del Seguro Social, 2015):

- Realizar la evaluación de riesgos psicosociales sin la presencia de familiares o acompañantes, pues podrían influenciar las respuestas de la persona adolescente.
- Se debe explicar a la persona adolescente el procedimiento de la evaluación, el tipo de preguntas que se le realizarán y su objetivo. Para esto se le explicará a la persona adolescente que se le van a hacer algunas preguntas de rutina para conocerle y brindarle la mejor atención a sus necesidades, aclarándole que estas preguntas se realizan a todas las personas que consultan.

- Se debe garantizar la confidencialidad de sus respuestas, explicarle a la persona adolescente que la información que brinde es de índole privada, casos en los que prive el resguardo de la vida y la seguridad de la persona adolescente u otras personas, o porque sea obligatoria su notificación debido a motivos legales (por ejemplo, en los casos de violencia)
- Aplicar las recomendaciones antes señaladas para la entrevista.
- Se comienza la evaluación a partir de preguntas sugeridas para la indagación en los diferentes ámbitos que siguen la secuencia HEAADSSS en la historia clínica, que es el instrumento donde se registra.
- Para el registro en la historia clínica, cada ámbito evaluado se marcará en el cuadrante correspondiente, según las repuestas de la persona entrevistada. Los cuadrantes marcados en color amarillo son indicativos de la presencia de factores o comportamientos de riesgo. Los blancos son indicativos de la existencia de factores protectores.
- La secuencia de los temas a evaluar es flexible. 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.
- Se debe tomar en cuenta la edad y etapa del desarrollo psicosocial de las personas adolescentes a la hora de realizar la evaluación de los distintos ámbitos a explorar, así como otras particularidades, dada por la identidad y expresión de género, orientación sexual, entre otras.
- A partir de esta evaluación, se obtiene una clasificación del riesgo en la persona adolescente en cada uno de los ámbitos valorados. Es importante tener presente el concepto de “cadena de riesgos” referido a cómo los factores de riesgo se potencian entre sí generando comportamientos que atentan contra la salud y el desarrollo. Por lo tanto, se deben correlacionar los hallazgos de riesgo en los diferentes ámbitos evaluados.
- Las medidas a seguir dependen de los factores y comportamientos de riesgo y de protección identificados. Se deben tomar medidas orientadas a promover factores de protección y eliminar los factores y comportamientos de riesgo, con indicaciones terapéuticas (Tratamiento, referencia, orientación/consejería) en función de los hallazgos.
- Las medidas a seguir luego de la evaluación de riesgo incluyen la referencia interinstitucional, reflejando la importancia de la coordinación intersectorial y el trabajo en redes con organizaciones gubernamentales, de sociedad civil y de base comunitaria, incluyendo grupos organizados de adolescentes y jóvenes. Se recomienda que cada equipo de salud disponga de una lista de contactos locales y se establezcan canales de comunicación expeditos para facilitar la referencia de personas adolescentes.

Las personas adolescentes tienen derecho a la evaluación integral de su crecimiento y desarrollo con énfasis en la detección de riesgos biopsicosociales y la identificación de factores protectores de su salud, actividad que debe realizar el equipo de salud.

2. Evaluación mediante la Escala de Petting.

La evaluación de riesgo en el ámbito de la sexualidad que es realizada a través de la herramienta HEAADSSS y la aplicación de la Historia Clínica de Adolescentes, debe ser complementada con la aplicación de la Escala de Petting. Esta herramienta permite la evaluación del grado de intimidad, en cuanto al contacto sexual de las personas adolescentes y orienta las medidas y criterios de abordaje.

ESCALA DE PETTING PARA EVALUAR EL GRADO DE INTIMIDAD / CONTACTO SEXUAL EN ADOLESCENTES	
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.

Específicamente para la aplicación de la Escala de PETTING se deben considerar las siguientes recomendaciones, que han sido adaptadas a partir de las orientaciones técnicas contenidas en manuales de atención de adolescentes del Ministerio de Salud de Chile (2015) y la Caja Costarricense del Seguro Social (2015):

- Comenzar con una exploración general sobre el comportamiento sexual. Explicar a la persona adolescente que se le preguntará sobre sus experiencias y prácticas sexuales actuales y anteriores, a la vez que se reiteran las condiciones de confidencialidad y privacidad que rigen el servicio.
- Cuando pregunte por la orientación sexual incluya las opciones: "heterosexual", "homosexual", "bisexual", "prefiere identificarse como...", de esta manera se trabaja con un enfoque inclusivo de la diversidad sexual.
- Se debe mostrar la Escala de Petting a la persona adolescente y solicitarle que señale en qué grado se ha encontrado (actualmente o en el pasado). No es necesario que lo diga verbalmente, basta con que lo señale. Si no sabe leer se deben buscar diferentes alternativas (por ejemplo, leerlas el personal de salud)
- Tener presente la posibilidad de estar frente a personas adolescentes en situación de violencia (actualmente o en el pasado), que podrían o no estar conscientes de ello.
- En adolescentes menores de 15 años se debe indagar con especial cuidado y estar alerta, ante la posibilidad de situaciones de abuso sexual.
- En adolescentes que manifiesten nunca haber tenido contacto físico o sexual con otras personas de ningún tipo y/o se muestran reacios o con excesiva incomodidad para abordar el tema, se recomienda estar alerta y valorar la posibilidad de situaciones de violencia y abuso sexual.
- Al finalizar, se registra en el expediente el resultado de la evaluación y se anota la fecha y el personal del equipo que la realizó.

3. Medidas a seguir y criterios de referencia frente a los riesgos detectados:

Completada la evaluación de riesgo con la aplicación de la Historia Clínica sobre la base de la herramienta HEAADSSS y la Escala de Petting, se debe brindar la atención oportuna requerida, tal como se muestra en los cuadros subsiguientes.

CUADRO 8. **Evaluación de Riesgo Psicosocial: Hallazgos, Medidas y Criterios de Referencia**

Adaptado a partir de: Costa Rica (2015) Manual Técnico y de Procedimientos para la Atención Integral de las Personas Adolescentes con Énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

¿Qué evaluamos?	¿Qué hacemos?
<p>Familia-Hogar: Estructura y funcionamiento familiar, comunicación y/o conflictos en la familia, con quien convive, percepción familiar respecto a la familia.</p> <p>Condiciones socioeconómicas: vivienda, hacinamiento, número de habitaciones, servicios básicos (agua, energía eléctrica, excretas, nivel socioeconómico de la familia).</p> <p>Madre/hermana con antecedentes de embarazo en la adolescencia.</p> <p>Violencia intrafamiliar (VIF).</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Familia disfuncional, en condición de pobreza, antecedentes de madre/hermana embarazada adolescente: se debe hacer referencia a Consejería en SS/SR. » Adolescente menor de 15 años conviviendo con pareja mayor (18 años o más): Manejar como violencia sexual: cumplir protocolos específicos, abordaje por equipo interdisciplinario (Salud mental), notificar a la autoridad del centro de salud para que a su vez notifique al Ministerio Público y/o a Conani. » Ante sospecha de VIF, cumplir protocolos específicos, abordaje por equipo interdisciplinario (Salud mental), notificar a la autoridad del centro de salud para que a su vez notifique al Ministerio Público y/o a Conani. » Se refiere a consejería en SS/SR a adolescentes con madre/hermana con antecedentes de embarazo en la adolescencia » Adolescentes sin hogar que viven en la calle: abordaje por equipo interdisciplinario (Salud mental) y referencia al sistema de protección-Conani
<p>Educación: Asistencia a centro educativo, nivel o grado, problemas en la escuela, deserción, exclusión, educación no formal.</p> <p>Violencia escolar (bullying).</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Referencia a Direcciones Regionales/ Distritos educativos en casos de adolescentes menores de edad que se encuentren fuera del sistema escolar. » Violencia escolar: cumplir protocolos específicos, abordaje por equipo interdisciplinario (valoración salud mental), Referencia a Direcciones Regionales / Distritos educativos, » Referencia para integración a grupos juveniles de apoyo.
<p>Empleo: Actividad laboral, tipo de trabajo, inicio de trabajo, condiciones, horarios, razón del trabajo, trabajo legalizado, explotación laboral, trabajo insalubre.</p> <p>Violencia-acoso laboral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » En caso de adolescentes menores de 16 años que se encuentren trabajando, se realiza referencia a Conani. » Adolescentes en condiciones de pobreza extrema + trabajo infantil, referir a organismos de protección social-CONANI. » Adolescentes que trabajan en la calle + no escolarizados + pobreza extrema, referir a organismos de protección social-Conani. » Violencia-acoso laboral: cumplir protocolos específicos, abordaje por equipo interdisciplinario (valoración Salud mental), Referencia Conani.
<p>Actividades: vida social: Actividades extracurriculares, recreativas, pertenencia a grupos, pares, pareja, aceptación, tiempo TV, computadora, videojuegos y redes sociales internet y teléfono celular. Violencia en espacios virtuales. Otras actividades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » En caso de adolescentes aislados o excluidos con escasa participación y sin pertenencia a grupos: abordaje por equipo interdisciplinario (valoración Salud mental), referencia para integración a grupos juveniles de apoyo. » Adolescentes con dedicación excesiva del tiempo a la TV, computadora, video juegos y redes sociales, internet y teléfono celular + sospecha de ciberadicciones: abordaje por equipo interdisciplinario (valoración salud mental), referencia a consejería para integración a grupos juveniles de apoyo. » En caso de violencia/acoso en espacios virtuales: abordaje por equipo interdisciplinario (valoración salud mental), manejar según protocolos específicos. Valoración y referencia a Conani y Ministerio Público.
<p>Alimentación, hábitos y dieta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » En casos de sospecha de trastorno de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia): Abordaje por equipo interdisciplinario (valoración salud mental), Referencia para psiquiatría.

¿Qué evaluamos?	¿Qué hacemos?
<p>Drogas, hábitos y consumo, cigarrillos, alcohol y otras drogas: cantidad, inicio de consumo y tipo de drogas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Consumo ocasional de tabaco, alcohol, "hookah", drogas/ sustancias psicoactivas: abordaje por equipo interdisciplinario (valoración salud mental), manejar según protocolos específicos y referencia a consejería. » Ante sospecha de consumo regular o problemático de alcohol u otras drogas/sustancias psicoactivas: abordaje por equipo interdisciplinario (valoración Salud mental), manejar según protocolos específicos y referencia a organismos de ayuda gubernamentales y/o sociedad civil. Referencia a Consejería.
<p>Sexualidad, salud sexual y salud reproductiva. Maduración sexual. Menarca/espermaca, menstruación, trastornos gineco-urológicos: dismenorrea, sangrados, flujos, ITS. Inicio de relaciones sexuales, pareja sexual, orientación sexual e identidad de género. Uso de protección sexual. Uso de anticonceptivo y tipo, problemas en las relaciones sexuales. Eventos reproductivos: embarazos, abortos, partos. Maternidad y paternidad. Violencia en el noviazgo o de pareja. Violencia-abuso sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Por sospecha o diagnóstico de trastornos de salud sexual, se realiza la atención requerida y referencia necesaria, según protocolos específicos, así como la referencia a consejería en SS/SR. » Según resultados del Petting, se hace asesoría y oferta de métodos anticonceptivos, y se refiere a consejería en SS/SR si se presentan los criterios descritos para realizar esta referencia (ver cuadro más adelante). » Las personas adolescentes menores de 15 años con actividad sexual y pareja 5 años mayor, se considerará como violencia sexual, deben ser abordados de forma interdisciplinaria, acorde con protocolos específicos, notificación a la autoridad del centro de salud para referir caso a CONAMI y Ministerio Público. » Se refiere a consejería en SS/SR a adolescentes madres, padres, con embarazo, o con sospecha de embarazo, con antecedentes de abortos. » Por sospecha o diagnóstico de ITS/VIH, se realiza la atención requerida y referencia necesaria, según protocolos específicos, así como la referencia a consejería en SS/SR » Se refiere a consejería en SS/SR a adolescentes con sospecha de violencia en el noviazgo, además se aborda por equipo interdisciplinario (valorar salud mental) y se refiere a grupos organizados de apoyo. » Adolescente con sospecha de violencia o violencia sexual: cumplir protocolos específicos, abordaje por equipo interdisciplinario (Salud mental), notificar a la autoridad del centro de salud para que a su vez notifique al Ministerio Público y/o a Conani.
<p>Suicidio-situación emocional. Depresión, imagen corporal, estado de ánimo, referente adulto, proyecto de vida, redes sociales, aislamiento. Historia de violencia en la familia. Violencia psicológica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Abordaje por equipo interdisciplinario (Salud mental), Referencia a psiquiatría ante posible depresión. Referencia a Trabajo Social para indagar, promover o activar redes de apoyo familiar o social. » Ante casos de ideación o intención suicida, se aplicará el protocolo específico, con criterios de urgencia según gravedad. Realizar una intervención inmediata ante la gravedad de ideación suicida, manejo interdisciplinario, además de la respectiva referencia a Psiquiatría.
<p>Seguridad. Hábitos en relación con seguridad vial: conducción de vehículos, uso medidas de protección, accidentes frecuentes. Vida libre de violencia: violencia en sus diferentes manifestaciones. Seguridad humana: condiciones de vida digna, sin temor y sin miseria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Adolescentes que no utilizan adecuadamente medidas de seguridad vial y contra accidentes de tránsito, referir a consejería. » Adolescente con sospecha de violencia: cumplir protocolos específicos, abordaje por equipo interdisciplinario (salud mental), notificar a la autoridad del centro de salud para que a su vez notifique al Ministerio Público o Conani. » Adolescentes en situación de inseguridad, que afecte su integridad y dignidad, sin hogar o que viven en la calle: abordaje por equipo interdisciplinario (Salud mental) y referencia al sistema de protección-Conani.

Criterios de referencia urgente a otros servicios y/o a la red interinstitucional

- » Adolescentes con sospecha de abuso sexual
- » Adolescente menor de 15 años con actividad sexual, emparejamiento o convivencia con persona adulta.
- » Adolescentes de quienes se sospecha son víctimas explotación sexual.
- » Adolescentes con cuadros de depresión.
- » Adolescentes con ideación suicida activa.
- » Adolescentes en consumo de drogas psicoactivas.
- » Adolescentes que viven en la calle.

Criterios de referencia a consejería en salud sexual y salud reproductiva

- » Adolescente menor de 15 años con actividad sexual, emparejamiento o convivencia con persona adulta.
- » Adolescente menor de 15 años con actividad sexual (con o sin uso de métodos anticonceptivos)
- » Adolescente con Petting III o Petting IV, sin métodos anticonceptivos que además presenten alguno de los siguientes riesgos:
 - Sin hogar, viviendo en la calle.
 - Fuera del sistema escolar.
 - En condición de pobreza.
 - En situación de abandono o con familia disfuncional.
 - Sospecha de violencia intrafamiliar.
 - Sospecha de consumo de drogas psicoactivas.
 - Embarazo o sospecha de embarazo.
 - Adolescente madre o padre.
 - Antecedentes de aborto.
 - Sospecha o diagnóstico de ITS/VIH.
 - Sospecha de violencia sexual, abuso o explotación sexual.

Si la persona adolescente no asiste a la consejería, debe ser contactada, ya sea vía telefónica, digital o a través de visita al hogar, con la finalidad de procurar la continuidad de la atención.

CUADRO 9. Medidas y criterios de abordaje sobre resultados de la valoración de riesgo relacionada con la sexualidad

Tomado-adaptado a partir de: Costa Rica (2015) Manual Técnico y de Procedimientos para la Atención Integral de las Personas Adolescentes con Énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Todas las personas adolescentes recibirán información y orientación en temas de salud sexual y salud reproductiva.

Las personas adolescentes que así lo requieran recibirán asesoría en anticoncepción, donde obtendrán información científicamente respaldada sobre los métodos anticonceptivos y de protección sexual, que les posibilite una toma de decisión adecuada.

El personal médico debe ofertar los métodos de anticoncepción y de protección sexual adecuados a las necesidades de la persona adolescente, de acuerdo con la evaluación del riesgo realizada, que contribuya además a la protección integral y especial que requiera cada caso en particular, en función del mejor interés de la persona adolescente.

En el caso de personas menores de 15 años, el personal de salud además de realizar las acciones anteriores procederá con las respectivas referencias al Ministerio Público y al Conani.

También se elaborará un plan de intervención integral, que incluya: acompañamiento y seguimiento individualizado, y referencia y coordinación con otros niveles o instituciones.

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) se debe promover el uso de método anticonceptivo y además uso de condón (doble protección) desde ese mismo día.

Adolescentes con Petting III se les debe estimular la toma de decisión responsable frente al eventual inicio de actividad sexual con penetración y en consecuencia mayor riesgo de ITS/VIH o embarazo. En estos casos se debe explicar el derecho que tienen a la protección ante embarazo e ITS y ofrecer asesoría anticonceptiva, según requerimientos.

Si la adolescente o la pareja del adolescente tuviera antecedente de embarazo previo, se debe preguntar por uso de método anticonceptivo, y en caso de no usarlo, las causas de no uso. Se debe asegurar la prescripción del método e inicio ese mismo día, previo consentimiento informado de la persona adolescente.

El personal médico, debe ofertar método de anticoncepción y de protección sexual a las adolescentes post evento obstétrico, antes del egreso hospitalario, previo consentimiento informado.

▪ EXAMEN FÍSICO

El examen físico en adolescentes requiere de un proceso especial, que permita completar el criterio de la anamnesis, considerando la etapa de transición biopsicosocial. Antes de su realización se debe explicar a la persona adolescente las técnicas y procedimientos que serán aplicados, así como la importancia de estos.

Para su realización se debe:

- Disponer de un espacio que garantice la privacidad y la confidencialidad de la atención, así como los insumos, materiales e instrumental requerido.
- Acordar con la persona adolescente la presencia o no durante el examen físico de algún familiar o acompañante.
- En caso de que la atención se realice en el marco de procesos formativos en salud donde haya presencia de estudiantes de medicina, enfermería u otro personal de salud, se le debe explicar a la persona adolescente la razón de su presencia y se le solicitará su consentimiento para que estén o no presentes durante el procedimiento.
- Tener presente ante la resistencia al examen, especialmente en el área genital, la posibilidad de situación de violencia.
- El examen de los genitales requiere la aceptación de la persona adolescente, previa explicación del procedimiento e información de que si durante su realización siente incomodidad puede manifestarlo y se detendrá el procedimiento. De no ser indispensable el examen, este puede ser postergado para una siguiente consulta.
- El examen genital siempre debe incluir la inspección de la región ano perineal.
- Se debe respetar siempre el pudor y la decisión de las personas adolescentes para la realización del examen físico completo.
- Disponer de bata para que las personas adolescentes las utilicen mientras se realiza el examen. No se debe desvestirse completamente, siempre cubrir la parte del cuerpo que no está siendo examinada.
- Se deben seguir las pautas establecidas en la Historia Clínica de Adolescentes-OPS/CLAP para la realización del examen físico, con especial atención en los siguientes aspectos:
 - Apariencia general de la persona adolescente: presentación, cuidado personal, actividad psicomotriz y lenguaje corporal.
 - El examen de columna vertebral debe incluir la búsqueda de deformaciones y posturas viciosas.
 - Realizar valoración auditiva y visual.
 - Revisión de datos de medición de la presión arterial, a fin de detectar riesgos de hipertensión.

Detec ción de violencia en adolescentes:

Durante el examen físico se debe tener presente la presencia de indicadores de violencia. En caso de sospecha de situación de violencia, realizar abordaje multidisciplinario (Salud mental) y si hay sospecha razonable notificar a la autoridad del Centro de salud para la referencia al Ministerio Público y/o a CONANI

- Revisión de datos sobre vacunación, presencia de cicatriz por vacuna.
- Revisión y registro de medidas antropométricas para valoración del crecimiento y desarrollo, y valoración nutricional: peso, talla, velocidad de crecimiento, índice de masa corporal (IMC) mediante las herramientas y curvas de crecimiento y desarrollo (anexo 3)
- Evaluación del grado de desarrollo puberal, aplicando estadios de Tanner. (anexo 4)

Personas adolescentes en las que se recomienda realizar el examen genital:

- Adolescentes que han iniciado relaciones sexuales.
- Adolescentes con flujo a través de genitales.
- Adolescentes con sospecha de ITS.
- Adolescentes con antecedentes de abuso sexual.
- En las adolescentes que utilizan anticonceptivos con o sin indicación médica.
- En las adolescentes con trastornos del ciclo menstrual, dolor abdominal bajo sin causa aparente.
- En las adolescentes con tumoración pélvica.
- Ante sospecha de embarazo.

Cuando el examen genital se realiza es recomendable que el personal médico se haga acompañar de otro personal de salud capacitado (enfermería u otra personal), para apoyar durante el procedimiento y para cubrir los aspectos ético-legales.

El personal de salud debe tener presente las posibles barreras u obstáculos para la realización del examen genital en las personas adolescentes, a fin de superarlas y ofertar una atención amigable y de calidad.

CUADRO 10.**Obstáculos para la realización del examen genital en las personas adolescentes.**

(Adaptado de: Recomendaciones para la atención integral de adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva (OPS-UNFPA, 2005))

¿DESDE QUIÉNES?	CAUSA PROBABLE
Desde las personas adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> » Miedo a lo desconocido. » Falta de confianza. » Miedo al dolor. » Experiencias de violencia o abuso sexual previo. » Percepción sexual, pudor. » Situaciones de abuso previo. » Miedo a que se descubra que ha iniciado relaciones sexuales. » Miedo a que se les juzgue.
Desde el personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> » Pertener a un sexo diferente del de la persona adolescente. » Estereotipos de género sobre el rol de las mujeres y los varones. » Valoraciones negativas sobre la sexualidad de las personas adolescentes. » Falta de habilidades para manejarse con la familia, madres, padres en la consulta. » Lugar inapropiado. » Inadecuadas condiciones físicas, que no garantizan la privacidad durante el examen. » Falta de y/o inadecuado material. » Inexperiencia. » Falta de habilidades en la comunicación con las personas adolescentes. » Falta de otro personal de salud que acompañe al personal médico mientras realiza el examen.

CUADRO 11.
Recomendaciones para evaluación genital y de mamas.

EXAMEN GENITAL EN LAS ADOLESCENTES	EXAMEN GENITAL EN LOS ADOLESCENTES	EXAMEN DE MAMAS EN LAS Y LOS ADOLESCENTES
<ul style="list-style-type: none"> » Posición en decúbito supino y con ambos pies sobre las perneras de la camilla. » Realizar inspección: valorar vello pubiano/estadio de Tanner, presencia de lesiones en genitales y región perianal (úlceras, verrugas, otras), presencia de flujos y características de secreciones (olor, color, consistencia), valoración del tamaño del clítoris, presencia de malformaciones vaginales. » Para valoración del himen: Se procede a traccionar ambos labios mayores con el dedo índice y pulgar del personal médico en dirección hacia abajo y afuera, esto permite una adecuada evaluación del himen. » En adolescentes sexualmente activas, además, inspección de cuello uterino y vagina con espéculo, toma de muestras para cultivo de secreciones si las hay. » Realizar toma de citología en caso de corresponder PAP (Técnica, frecuencia tratamiento y seguimiento según Normativas específicas del Ministerio de Salud Pública). » Describir hallazgos en el expediente. » Aprovechar para instruir a la adolescente en relación con el autocuidado, higiene y protección sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> » Realizar inspección: valorar vello pubiano y el desarrollo genital (longitud del pene, desarrollo y pigmentación escrotal /estadio de Tanner, Inspección / palpación de genitales externos y zona inguinal (fimosis, prepucio redundante, varicocele, hernias, masas testiculares, malformaciones y valoración de lesiones y exudados anormales. » Utilizar el orquidómetro para valoración del tamaño testicular (anexo No.5) » Describir hallazgos en el expediente. » Aprovechar para instruir al adolescente con relación al autocuidado, higiene, autoexamen testicular (anexo No. 6) y protección sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> » Posición: los brazos hacia arriba y detrás de la cabeza. Inspección: evaluar en las adolescentes el desarrollo mamario/estadio de Tanner. Observar piel, pezón y glándulas areolares: realizar palpación superficial y profunda de las mamas en sentido horario, evaluación de los ganglios subclaviculares y axilares. Verificar presencia de secreción por el pezón. » Describir hallazgos en el expediente. » Aprovechar para instruir a la persona adolescente en relación con el autoexamen de mamas (anexo No.7). <p style="text-align: center;">En los adolescentes se debe evaluar presencia de ginecomastia.</p>

▪ **DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PLAN DE SEGUIMIENTO**

Una vez concluida la evaluación general y el examen físico se conversará con la persona adolescente sobre la impresión diagnóstica que debe sustentarse en criterios ecológicos, somáticos, emocionales y sociales. El diagnóstico debe hacer énfasis en la identificación de los factores y comportamientos de riesgo e insistir en la prevención

El plan de tratamiento y seguimiento se realiza en acuerdo con la persona adolescente, según necesidades y el diagnóstico biopsicosocial. Este puede ser de tres tipos:

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.

1. **De carácter preventivo-educativo:** con refuerzo de factores protectores, seguimiento a autoaprendizajes, apoyo emocional individual y/o familiar, participación en grupos juveniles organizados y la asistencia anual a la consulta preventiva.
2. **De carácter terapéutico:** incluye tratamiento medicamentoso, indicaciones de medidas correctivas funcionales, dietas, actividad física y terapia individual y/o familiar (salud mental)
3. **Referencia:** derivación de las personas adolescentes, según riesgos y problemas detectados que requieren atención que sobrepasa las capacidades del servicio. Las referencias pueden ser en el mismo servicio (consejería de salud sexual y salud reproductiva, consulta psicológica, otras) o a un centro de mayor complejidad o pueden ser realizadas a otra institución. Es importante que la persona adolescente comprenda las razones por las cuales requiere ser referido. Se deben realizar las referencias con los instrumentos establecidos para estos fines.

En cuanto a las referencias a un centro de mayor complejidad en la red de servicios, se debe propiciar comunicación entre el personal de salud que refiere y el equipo de salud que recibe, a fin de asegurar el seguimiento de la persona adolescente y que haya una contrarreferencia efectiva una vez se resuelva la situación que motivó el referimiento. Igualmente, en caso de referencias a otras instituciones, se procurará hacer contacto con el equipo de profesionales que recibe a la persona adolescente, para asegurar la atención oportuna.

- » Registro: Los hallazgos y resultados de la consulta médica deben ser registrados en el expediente y en la historia clínica de la persona adolescente, así como en los demás instrumentos que se apliquen, para poder dar seguimiento y valorar la evolución del estado de salud biopsicosocial de la persona adolescente.
- » Se debe registrar la fecha de la consulta y el nombre del personal médico que la realizó.

Otros aspectos por considerar:

- » En relación con el diagnóstico de riesgos psicosociales se seguirán los criterios para medidas y referencias antes señalados en la sección correspondiente a evaluación del riesgo psicosocial.
- » Tener en cuenta que la prescripción de medicamentos se hace solo cuando es indispensable y se debe dar seguimiento. Siempre evitar la prescripción de fármacos que puedan ocasionar dependencia.
- » En las personas adolescentes sin hallazgos de riesgos ni trastornos detectados se refuerzan los factores de protección para la salud, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, y se motiva a que asista anualmente a la consulta preventiva.
- » En las personas adolescentes con hallazgos patológicos, se abordarán según normativas y protocolos específicos.
- » Al cierre de la consulta el personal médico hará énfasis en la importancia de la actividad grupal de IEC, motivando a la persona adolescente a que asista a dicha actividad.
- » A todas las personas adolescentes se les brindará información y educación en salud sexual y salud reproductiva. Además, se les informará sobre la disponibilidad de orientación ante cualquier duda, así como de la oferta de asesoría en anticoncepción y prescripción de métodos anticonceptivos.

B. ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC) INDIVIDUAL, ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

Tal como se ha mencionado antes, todas las personas adolescentes que asisten a la consulta clínica con enfoque preventivo deben recibir información centrada en la salud sexual y la salud reproductiva y en relación con los riesgos identificados durante el proceso de la consulta. Este tipo de actividades debe ser registrado en el expediente clínico.

La información, educación y acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva son reconocidos como elementos claves para el ejercicio de la sexualidad de manera segura, responsable y satisfactoria. Sin embargo, la sociedad dominicana arrastra una deuda social en relación con la oferta de educación en sexualidad, cuyas raíces se vinculan a patrones culturales fuertemente arraigados en la población que responden, en gran parte, a concepciones religiosas, así como a las desigualdades de género.

La falta de información o el acceso a información inadecuada en cuanto a salud sexual y salud reproductiva se considera un factor de riesgo para el desarrollo de una conducta sexual también riesgosa en adolescentes, asociada a embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, VIH y violencia.

Por largo tiempo la sexualidad ha sido un tema tabú en la sociedad dominicana y pasada la primera década del siglo XXI aún prevalecen mitos y tabúes alrededor del abordaje de la sexualidad y una escasa y ambivalente comunicación proveniente desde la familia y la escuela (Barinas, 2012).

La información y educación integral en sexualidad tiene efectos directos en la salud sexual y en la salud reproductiva en la adolescencia, en la medida que permite dotar a las personas adolescentes de conocimientos, actitudes y habilidades para la vida que son indispensables para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, prevenir el embarazo, ITS y VIH, negociar las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos.

En este orden, la evidencia científica indica el beneficio de las intervenciones de información, orientación y educación en sexualidad juntamente con el componente de servicios de salud, consejería y acceso a anticonceptivos, considerados como programas efectivos con impacto favorable en la salud sexual y salud reproductiva de personas adolescentes (Kirby, 2007; Ramos, 2011; Vivo, López- Peña & Sadric, 2012)

En los servicios de atención integral para adolescentes se debe ofrecer información veraz y basada en conocimientos científicos sobre salud sexual y salud reproductiva, libre de sesgos morales y/o religiosos. Además, la información debe responder a las necesidades de las personas adolescentes teniendo en cuenta las particularidades en función de la diversidad de la población adolescente, según edad, identidades de género, orientación sexual, inicio o no de relaciones sexuales, condición migratoria, socioeconómica o de alguna discapacidad, entre otras.

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

El objetivo de las actividades de carácter informativo sobre salud sexual y salud reproductiva es orientar a las personas adolescentes para que puedan tomar decisiones fundamentadas en una evaluación de opciones y sus consecuencias, a partir de sus deseos y necesidades, en el contexto de su realidad social y de la situación que viven en un determinado momento.

La adolescencia es un periodo de intensos y rápidos cambios biopsicosociales, que incluyen la maduración sexual. Las personas adolescentes experimentan una activación del deseo sexual (la libido), existe una mayor conciencia en relación con el cuerpo y el significado de ser hombre o mujer, aumenta la curiosidad natural y la exploración sexual, a través de prácticas como la masturbación. Es también el periodo en que se conforma la identidad sexual, las personas adolescentes sienten atracción sexual hacia otras personas y una gran parte inicia relaciones de pareja.

Por lo tanto, es imperativo que tengan acceso a información y orientación en materia de sexualidad, para el cuidado y mutuo cuidado de la salud sexual y la salud reproductiva. La intervención de IEC individual es realizada de forma integrada a las actividades de la preconsulta y la consulta médica, y es dada por el personal de enfermería y el personal médico, de forma directa a través del conversatorio, incorporándola de manera transversal durante la atención que realiza desde su propia disciplina y en respuesta a las demandas y necesidades de las personas adolescentes. También se realiza a través de la entrega de material impreso y/o audiovisual.

El personal de salud durante el desarrollo de estas actividades tendrá presente no realizar juicios de valor ni imponer los valores morales propios, sino posicionarse desde la ética, las reglamentaciones y normativas institucionales para la prestación de servicios.

Se requiere desde los servicios de atención integral para adolescentes:

- » 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 salud reproductiva.
- » Apoyar a todas las personas adolescentes, hayan o no iniciado su actividad sexual, a fin de facilitar el acompañamiento respecto a necesidades de orientación y para el desmonte de mitos, prejuicios y tabúes asociados a la sexualidad relacionados con situaciones de conflicto o que generan sentimientos de culpa (por ejemplo: la masturbación, el inicio de las relaciones sexuales, la orientación sexual), así como en el caso de trastornos o disfunciones sexuales.
- » Apoyar a las personas adolescentes que son sexualmente activas e informar y orientar para evitar riesgos de la salud sexual y salud reproductiva, especialmente el acceso a información para la toma de decisiones que les permitan prevenir embarazos no planificados o adquirir alguna ITS/VIH.
- » Apoyar a las personas adolescentes brindándoles la orientación que soliciten o necesiten, y que les permita el ejercicio de una sexualidad responsable, informada, satisfactoria, segura y libre de coerción y violencia.

En las personas adolescentes que 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.
- » Realizar detección de situaciones de violencia o maltrato y apoyar para su resolución, ya sea violencia en el noviazgo, abuso sexual o de otro tipo.
- » Informar, brindar consejería específica, asesoría en anticoncepción, prescribir y facilitar métodos anticonceptivos y de protección sexual.

C. CONSEJERÍA/ASESORÍA¹ CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

La consejería o asesoría con énfasis en salud sexual y salud reproductiva es una intervención de vital importancia que se inscribe en la oferta de atención integral en salud de adolescentes.

Las personas adolescentes que reciben la consejería/asesoría, son referidas desde la consulta ante la identificación de factores o comportamientos de riesgo durante la evaluación de riesgos psicosociales.

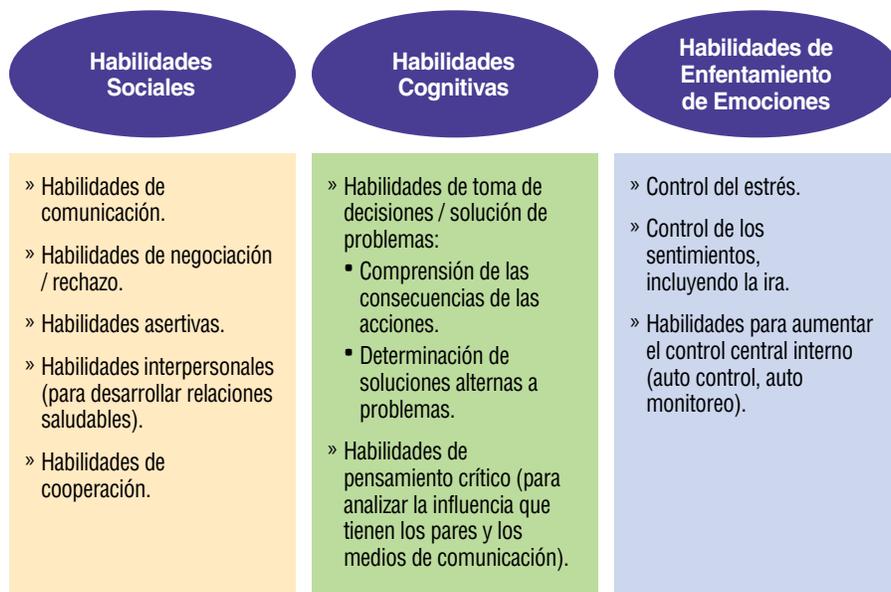
En el marco de la consejería en servicios de atención integral de adolescentes se debe considerar:

- Todas las personas adolescentes tienen derecho a ser informadas de manera clara, con conocimientos precisos y actualizados que les permitan comprender su desarrollo y les faciliten la toma de decisiones para su salud.
- Los centros de salud deben disponer de espacio a lo interno de los servicios de adolescentes, para la realización de la consejería en condiciones que garanticen la privacidad y confidencialidad.
- La consejería/asesoría para adolescentes tiene como objetivo que las personas adolescentes logren desarrollar sus capacidades de discernimiento, negociación, interacción social, manejo de la presión de pares y toma de decisiones libres y responsables especialmente en el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva para la prevención del embarazo, la violencia y las ITS/VIH.
- Esta intervención debe centrarse en las temáticas y necesidades identificadas durante la evaluación de riesgo realizada en la consulta médica, enfatizando los aspectos referidos a la sexualidad y la prevención de embarazo, la violencia y las ITS/VIH.

1 Dado que la palabra consejería hace alusión a que el personal de salud “aconseja: dice lo que debe hacer la persona adolescente”, y pudiera ser esta una barrera que limite el acceso, se propone la utilización al igual que en otros países de la palabra asesoramiento o asesoría, en sustitución de consejería. Para fines del documento se utilizan ambos términos, a fin de que el personal de salud se familiarice con el término asesoramiento en sustitución de consejería.

- La consejería/asesoría puede ser realizada por cualquier integrante del servicio de atención integral de adolescentes que tenga entrenamiento en el abordaje de la salud integral, salud sexual y salud reproductiva, e implementación de servicios para adolescentes, así como en técnicas de consejería/asesoría en salud sexual y salud reproductiva de adolescentes, con los avales de una institución reconocida por el Ministerio de Salud.

DIAGRAMA 9.
Habilidades para la vida



Fuente: Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. OPS, 2001

CUADRO 12. Derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas adolescentes

DERECHOS SEXUALES
A la privacidad e intimidad: Puedes exigir respeto y protección a tu vida privada, intimidad, propia imagen y decidir con quién, cuándo y cómo vives tu sexualidad.
A que se respete tu integridad física, psíquica y moral, por funcionarios y funcionarias públicas: Ningún funcionario o funcionaria en el ejercicio de sus funciones tiene derecho a someterte a ningún tipo de violencia, coerción o abuso.
A la información: Tienes derecho a recibir información sobre sexualidad veraz, clara, científica, oportuna y de acuerdo con tu desarrollo evolutivo.
A la educación en salud sexual: Tienes derecho a una educación integral, accesible, laica (libre de creencias religiosas), que garantice los principios de igualdad y equidad de género.
Al libre ejercicio de la personalidad: Tienes derecho al libre ejercicio de tu sexualidad sin discriminación por razones de sexo, orientación sexual, identidad de género, condición, entre otros.
A estar libre de violencia sexual: Nadie puede someterte a malos tratos, abuso físico o mental, explotación esclavitud, violación, prostitución forzada, embarazo forzoso o esterilización.
DERECHOS REPRODUCTIVOS
A la vida: Tienes derecho a no morir por causas relacionadas con el parto y el embarazo.
A la salud: Tienes derecho al nivel más alto de salud reproductiva. Para ello puedes contar con atención integral, y acceder a servicios de calidad, gratuitos y confidenciales.
A la libertad, seguridad e integridad personal: Nadie puede someterte a torturas, penas, tratos crueles, inhumanos, degradantes o a violencia sexual.
A decidir el número e intervalo de hijas o hijos: Tienes derecho a realizar tu propio plan de procreación con asistencia médica.
A la privacidad e intimidad: Puedes decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre tus funciones reproductivas.
A la igualdad y a la no discriminación: Nadie puede juzgar tus decisiones relacionadas con tu salud reproductiva por motivos de color, etnia, edad, sexo, religión, opinión política o de cualquier otra índole.
Al matrimonio y a fundar una familia: Una vez que adquieres la edad legal, tienes derecho a contraer, o no, matrimonio y a decidir cuándo es el mejor momento para fundar familia.
Al empleo y a la seguridad social: Tienes derecho a la protección legal de la maternidad y paternidad en materia laboral, a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual, y a no ser discriminado por embarazo.
A la educación en salud reproductiva: Tienes derecho a la educación sexual y reproductiva sin discriminación y a una información oportuna, completa y clara.
A disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana: Tienes derecho a disfrutar del progreso científico y dar tu consentimiento, o no, para ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana.
A modificar tradiciones o costumbres que violan los derechos de las personas: Puedes exigir al Estado que adopte medidas para erradicar patrones socioculturales que generan prejuicios y estereotipos sobre las personas.

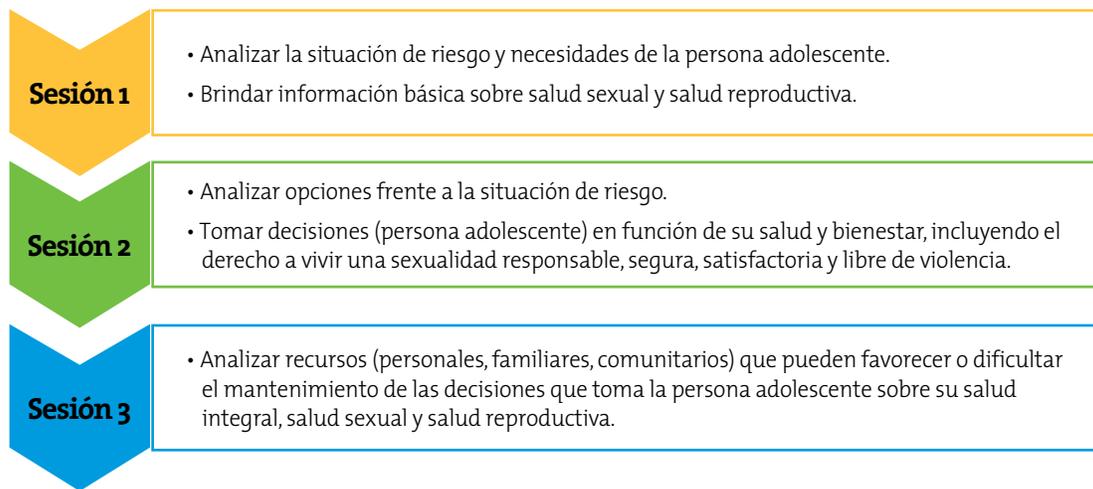
Fuente: Cartilla Derechos Sexuales y Reproductivos, UNFPA. Defensoría del Pueblo, Venezuela; 2013.<http://venezuela.unfpa.org>

Se recomienda desarrollar la asesoría/consejería para adolescentes como un proceso de acompañamiento, a través de tres sesiones de 30 minutos, con una frecuencia quincenal o mensual. Cada una de las sesiones se enfocará en diferentes aspectos, como se muestra a continuación (ver diagrama No.10):

DIAGRAMA 10.

Proceso de la consejería / asesoramiento con énfasis en salud sexual y salud reproductiva

Fuente: Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. OPS, 2001



El personal de salud responsable de la consejería/asesoría debe registrar en el expediente de la persona adolescente la asistencia a cada una de las sesiones de consejería o asesoramiento, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, y las respectivas fechas en que se llevaron a cabo.

Además, es importante que el personal de salud que brinde la consejería/asesoría conozca con precisión la disponibilidad o limitaciones en cuanto a otros servicios de la Red de Salud y/o de la Red Interinstitucional para referir a las personas adolescentes según requerimientos específicos. Se debe conocer los servicios que brindan otros niveles de atención de la red de servicios de salud, incluyendo los de las organizaciones de sociedad civil y de base comunitaria que trabajan con adolescentes, especialmente en el abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva. También es recomendable, en el ámbito local, coordinar con el personal a cargo visitar estos lugares y establecer acuerdos para garantizar la atención a las personas adolescentes referidas y establecer mecanismos de seguimiento y contrarreferencia.

En la consejería/asesoría se deben abordar los siguientes aspectos básicos de la salud sexual y salud reproductiva las personas adolescentes:

- Derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Mitos, prejuicios y estereotipos relacionados con la sexualidad.
- Roles de género y sexualidad.
- Sexualidad y afectividad.

- La vivencia de la sexualidad: satisfactoria, responsable, segura, libre de coerción y violencia.
- Fomento del empoderamiento en las adolescentes: apropiación de su cuerpo y toma de decisiones en salud sexual y salud reproductiva.
- Fomento de masculinidad no hegemónica en los adolescentes, basada en la igualdad de género.
- Implicaciones biopsicosociales de embarazos en la adolescencia y formas de prevenirlos.
- ITS y VIH y las formas para prevenirlas.
- Violencia, identificación, formas de prevenirla y denuncia ante situaciones de violencia.
- Uso correcto de métodos de protección y anticoncepción, incluyendo las ventajas y desventajas de cada uno de ellos, con énfasis en el uso de doble protección y uso adecuado del condón.

En los cuadros subsiguientes se presentan las recomendaciones técnicas para el abordaje de la consejería/ asesoramiento ante diferentes situaciones de riesgo que pueden ser identificadas durante la consulta de atención integral a las personas adolescentes (OPS, 2005; 2001). Estas recomendaciones han sido utilizadas ampliamente en varios países latinoamericanos y para fines de esta Guía han sido adaptadas a la realidad nacional. Además, se han utilizado como referencias materiales específicos de consejería para personas adolescentes de Chile (2015), Costa Rica (2014) y El Salvador (2003)

CUADRO 13.
Consejería / asesoría sobre alimentación y nutrición.

Aspectos para considerar:	¿Qué abordar con la persona adolescente?
» Propiciar conversaciones sobre estereotipos de género que influyen en la imagen corporal y modos de ser más atractivo y saludable.	» Beneficios de la alimentación sana y formas de lograr y mantener una nutrición saludable y el peso adecuado.
» Propiciar conversaciones sobre los aspectos más importantes en la nutrición de las personas adolescentes.	» Necesidad de aumento del consumo de fibras y disminución de grasas saturadas. Riesgos asociados al consumo de “comida chatarra”.
» Manejar información sobre necesidades especiales de alimentación y nutrición de adolescentes; práctica deportiva intensa, práctica artística intensa (ballet, por ejemplo), embarazo, madre lactante, enfermedades crónicas, hábitos vegetarianos o naturistas, deben ir a consejería específica.	» Riesgos asociados a la obesidad y a la desnutrición.
» Informar sobre los requerimientos nutricionales en el período de la adolescencia.	» Riesgo de controlar el peso mediante vómitos, laxantes o dietas estrictas.
» Conversar sobre la influencia de los medios de comunicación en la alimentación y nutrición de adolescentes.	» Factores de riesgo de la anorexia, bulimia y trastorno de la alimentación por atracones.
» Propiciar conversaciones sobre los efectos en la salud que producen los trastornos alimentarios: bulimia y anorexia nerviosa.	» Ingesta de alimentos ricos en hierro.
» Información sobre red de servicios de salud y red interinstitucional para atención especializada ante situaciones de trastornos de la conducta alimentaria.	

CUADRO 14. **Consejería /asesoría sobre uso/consumo de tabaco, alcohol y drogas.**

Aspectos para considerar:	¿Qué abordar con la persona adolescente?
<ul style="list-style-type: none"> » El tabaco es sumamente adictivo. Más del 75% de los fumadores adultos querrían dejar de fumar y menos del 60% lo ha intentado en algún momento de su vida. De ellos, alrededor del 20% lo consigue en el primer intento y el 50% lo logra después de seis intentos. Por tal motivo la propuesta preventiva se basa en “mejor no empezar”. » Asociar el consumo del tabaco con aspectos valorados por la juventud como apariencia física (olor desagradable y mal aspecto), manipulación que logra la publicidad al promover mensajes falsos de atracción física y capacidad para los deportes, reducción de la capacidad deportiva y alto costo. » Mitos y estereotipos sexistas relacionados al uso y consumo de drogas. » El consumo de alcohol y drogas es un factor de riesgo tanto para adquirir una ITS/VIH como para un embarazo no planeado en la adolescencia, debido a que la persona adolescente al encontrarse bajo los efectos de estas sustancias se desinhibe y pierde la capacidad de autocontrol, lo que conlleva a una disminución importante del control de impulsos sexuales y a tener relaciones sexuales genitales sin protección, lo que aumenta el riesgo. » Las drogas estimulantes pueden provocar que las y los adolescentes no logren discriminar riesgos y por el contrario se sientan más motivados a correrlos, por los niveles de actividad que provocan, con lo cual pueden sentirse más estimulados a realizar prácticas sexuales de riesgo u otras prácticas riesgosas asociadas a violencia, accidentes, entre otros. » El consumir sustancias psicoactivas por vía intravenosa representa una forma de alto riesgo de transmisión del VIH, porque puede dar lugar al intercambio de jeringas entre personas usuarias de estas drogas. » La promoción de la salud de adolescentes en el caso del consumo de sustancias nocivas requiere de intervenciones inespecíficas, como la construcción de una identidad autónoma y conciencia crítica frente a la presión de los pares y la publicidad. » Considerar la autoestima de las personas adolescentes a partir de pequeños logros personales y sociales, fáciles de reconocer por sí mismos y por su entorno. » Información sobre red de servicios de salud y red interinstitucional para atención ante situaciones de consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> » Reflexión y diálogo sobre mitos y estereotipos relacionados al uso y consumo de drogas, incluyendo la creencia del uso de alcohol o drogas como estimulante sensorial en las relaciones sexuales, y mostrar que éste más bien implica un alto riesgo para un embarazo en la adolescencia y para la trasmisión de ITS. » Riesgo del consumo de tabaco: enfermedades cardiovasculares, pulmonares y neoplasias graves. » Aspectos positivos de no fumar. » Las personas que comienzan a fumar en su adolescencia luego no pueden dejar de fumar » Referencia a grupos para dejar de fumar. » Cómo evitar el consumo pasivo de tabaco. » Riesgos del uso de la Hookah. » Relación entre consumo de alcohol y drogas y riesgos de relaciones sexuales sin protección, embarazos, ITS/VIH, violencia y lesiones por causas externas como accidentes. » Capacidad adictiva del tabaco, alcohol y diferentes drogas. » Diferencias entre el uso experimental y la adicción. » Explorar la influencia del grupo de pares en el consumo de alcohol y drogas, así como en la práctica de relaciones sexuales sin protección asociadas a este consumo. » Cómo ayudar a una persona amiga que consume tabaco, alcohol y drogas. » Lugares de atención, teléfonos de autoayuda. » Elaboración de planes y proyectos pequeños, rápidos y viables, que les permitan prepararse para establecer metas, estrategias, evaluar y hacer ajustes. Se sugiere el uso del diario personal, que incentiva la introspección, el análisis de emociones y comportamientos y la idea de construcción de su propia historia.

CUADRO 15. **Consejería /asesoría sobre lesiones externas**

Aspectos para considerar:	¿Qué abordar con la persona adolescente?
<ul style="list-style-type: none"> » Mitos y estereotipos sexistas relacionados a lesiones de causas externas (accidentes de tránsito, heridas de armas blancas y de fuego, homicidios). Las lesiones por causas externas son las principales causas de muerte en las personas adolescentes. No son accidentales, sino prevenibles. » Relación entre la falta de aplicación de medidas preventivas, lesiones externas, mortalidad y discapacidades físicas permanentes. » En la mayoría de los accidentes de tránsito en República Dominicana está involucrado el uso de motocicletas, la población joven es la más frecuentemente afectada. » El uso correcto de cinturones de seguridad en asientos delanteros reduce el riesgo de lesiones en un 45% a 55% y la mortalidad de 40% a 50%. El uso de casco en motos, motocicletas y bicicletas reduce un 75% las lesiones y un 30% la mortalidad. » Uso de accesorios de protección tanto en la vida cotidiana como en la práctica de deportes y en el ámbito laboral. » Es importante también promover la responsabilidad social en la construcción de normas de convivencia saludables en los ambientes escolares, familiares o de pares. » Las personas adolescentes deberían lograr un compromiso por impulsar normas de convivencia armónica y respeto a las legislaciones existentes en las instituciones donde participan. 	<ul style="list-style-type: none"> » Estereotipos de género que impulsan a los varones a asumir riesgos excesivos. » Relación entre el uso de cinturón de seguridad y gravedad de lesiones por tránsito. » Aumento del riesgo de lesiones por causas externas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, ya sea por lesiones de tránsito o por práctica deportiva o por armas. » Las lesiones por causas externas también se asocian a trastornos de la visión y la audición. Evitar uso de auriculares y teléfonos celulares al conducir vehículos. » Formas de negociación de conflictos. » Riesgo de la portación de armas. » Gratificaciones inmediatas que podrían ser sustitutivas de la solución del problema. » Seguridad humana, seguridad ciudadana y cumplimiento de normas para seguridad vial.

CUADRO 16. **Consejería /asesoría sobre sexualidad y afectividad**

Aspectos para considerar:	¿Qué abordar con la persona adolescente?
<ul style="list-style-type: none"> » Mitos, prejuicios y estereotipos sexistas relacionados a la sexualidad y la afectividad. » Derecho a vivir una sexualidad satisfactoria, segura, responsable, libre de coerción y violencia. » Tener presente que muchos aspectos de las elecciones de las personas adolescentes estarán atravesados por el tema de la construcción de una identidad diferente a la de sus madres/padres, por lo que se requiere conocimiento y entrenamiento para abordar este aspecto. » Adolescentes en situaciones de riesgo que necesitan una consejería especial, como las personas víctimas de violencia, explotación sexual y comercial, homosexuales y transexuales, adolescentes que viven marginación social, adolescentes en condiciones de aislamiento social o en reclusión, adolescentes que viven o trabajan en la calle. » Conocer la afectividad de los y las adolescentes como base, a fin de orientar su sexualidad con responsabilidad. » Manejo de la dinámica de la violencia interpersonal, de pareja, y en el noviazgo. » Diversidad de la respuesta sexual humana en las y los adolescentes. » Disfunciones sexuales en la adolescencia: falta de erección, eyaculación precoz, anorgasmia, dolor en las relaciones sexuales, entre otros. » Información sobre red de servicios de salud y red interinstitucional para atención ante situaciones de violencia, explotación sexual, grupos de apoyo LGBT. 	<ul style="list-style-type: none"> » Pautas culturales sexistas y estereotipadas que implican diferencias en la construcción de roles masculinos y femeninos, valores y experiencias, a fin de desmontar mitos y prejuicios (por ejemplo, que la sexualidad de los varones sea más indiscriminada y las mujeres busquen la confirmación de su fertilidad a través de un embarazo, aunque este sea demasiado temprano). » Derechos sexuales y derechos reproductivos. » Inquietudes sobre el amor, la pareja, formas de relacionarse, formas de diálogo y mecanismos para establecer una relación respetuosa e igualitaria. » Cómo negociar las expresiones de afecto y sexualidad que se está dispuesto a aceptar y prodigar en una relación de noviazgo. » Toma de decisiones sobre la iniciación sexual y habilidades para enfrentar las presiones sociales que reciben las personas adolescentes de pares y familiares. » Decisión del inicio sexual y opciones anticonceptivas existentes. » Respuesta sexual humana en las y los adolescentes. » Orientación sexual. Respeto a la diversidad. Formas de resolución de problemas con familiares y grupos de pares. » Embarazo no deseado, habilidades para asumirlo con la pareja y la familia. » Reelaboración de los proyectos a partir del embarazo. » Aborto. » Cómo enfrentar el abuso sexual y/o la violencia sexual » Habilidades para manejar los celos y la violencia verbal y física en el noviazgo, especialmente si hay relaciones sexuales » Cómo diferenciar las caricias saludables de las que producen daño. » Problemas de la función sexual: falta de erección, eyaculación precoz, anorgasmia, dolor en las relaciones sexuales, entre otros.

CUADRO 17.
**Consejería /asesoría para adolescentes con dudas en la orientación sexual,
 en la identidad de género o adolescentes gay, lesbianas, bisexuales o trans (LGBT)**

Aspectos para considerar:	¿Qué abordar con la persona adolescente?
<ul style="list-style-type: none"> » Manejo en relación con la conformación de las identidades sexuales. Necesidades de salud en adolescentes LGBT. No asumir la heterosexualidad como lo general. Usar lenguaje no sexista, incluyente. » Mitos, prejuicios y estereotipos en relación con las identidades sexuales. » En caso de adolescentes trans, preguntarles cómo quieren ser llamados » Adolescentes LGBT o con dudas en su orientación sexual o de género, deben hacer frente, al igual que sus pares heterosexuales, a los cambios propios del desarrollo en la esfera física, cognitiva, psicológica y social. Sin embargo, en la tarea de definir y consolidar su identidad tienen que enfrentar desafíos y obstáculos que no experimentan los heterosexuales, hecho que les hace vulnerables a diversos riesgos (González, 2007). » Adquisición de las habilidades necesarias para acompañar en el desarrollo de una sexualidad integral y dar respuesta a sus necesidades específicas, respetando la autonomía de adolescentes LGBT, desde una postura bioética que respete la libertad de orientación sexual y con competencias para reconocer comportamientos y contextos vulnerables, que pueden implicar riesgos de ITS, embarazos no planificados, violencia, sufrimiento psicológico, suicidio, entre otros. » Las y los adolescentes pueden presentar confusión con respecto a su orientación sexual, teniendo o no conductas sexuales con personas de su mismo sexo, de otro sexo o con ambos; sin embargo, esta confusión y experimentación no siempre concluirá en la consolidación de una identidad hetero, homo o bisexual a finales de la adolescencia. Por lo tanto, se debe tener un adecuado manejo de los diferentes conceptos, especial cuidado en la forma que se aborda la sexualidad y no etiquetar la identidad, menos aun considerando sólo las conductas sexuales. (González, 2007) » Tener en cuenta normas, valores y actitudes socioculturales frente a personas LGBT, incluye: la familia, la religiosidad, la actitud de la madre y del padre, y de la comunidad en general. » No minimizar el riesgo de embarazo en hombres y mujeres LGBT. » La educación sobre el VIH, los riesgos de las conductas sexuales no protegidas y desarrollo de habilidades para negociar sexo seguro son fundamentales para la prevención en este grupo de adolescentes, dejando muy claro que el riesgo no está centrado en la orientación sexual, sino en la conducta sexual sin protección entre hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH). » Se reconoce que las dudas en la orientación sexual, la homosexualidad o bisexualidad, no requieren tratamiento. Las dificultades que pueden requerir atención psiquiátrica o psicológica y a las cuales el personal de salud debe estar atento, están dadas por la estigmatización, discriminación, homofobia, temores y aislamiento social y emocional ligados a una orientación sexual no heterosexual. (Berlan et al, 2010) » La falta de apoyo, o no saber dónde buscar ayuda para aclarar sus dudas e inquietudes, es un factor que comparten adolescentes y sus familias, ante la percepción de ser rechazados socialmente. » Información sobre red de servicios de salud y red interinstitucional, grupos de apoyo LGBT. 	<ul style="list-style-type: none"> » Diálogo y reflexión sobre pautas culturales, mitos y prejuicios y estereotipos relacionados con las identidades sexuales. » Derechos sexuales y derechos reproductivos. Respeto a la diversidad sexual. » Desarrollo psicosexual en la adolescencia. Riesgos y vulnerabilidades. » Explicitar que la homosexualidad y demás expresiones de la diversidad sexual no son enfermedad. » Apoyar a comprender que toda orientación es normal, válida y respetable y que no es una opción. Con cualquier orientación sexual va a poder desarrollar su identidad y alcanzar la plenitud » Apoyar en torno a la percepción de no ser aceptado o se teme que ocurran cambios con la familia, en la escuela, con los pares. Recursos para enfrentar la homofobia y rechazo a las expresiones de la diversidad sexual, fortalecimiento de la autoestima y de la resiliencia. » Factores o conductas de riesgo: ITS/VIH, embarazo no planificado, violencia, suicidios. Otros riesgos asociados: bajo rendimiento escolar, ausentismo escolar, deserción escolar, expulsión del hogar, aislamiento social, explotación sexual. » Promover uso adecuado del condón. En situaciones de culpa y baja autoestima, se hace complicado negociar el condón. » En las adolescentes lesbianas recomendar cuidados ginecológicos, prevención ITS/HPV, realizar PAP. » Referentes adultos/pares y redes de apoyo.

CUADRO 18. **Consejería /asesoría sobre sospecha de depresión**

Aspectos para considerar:	¿Qué abordar con la persona adolescente?
<p>Los estados depresivos no son reconocidos por la mayoría de las personas adolescentes, por lo tanto, no reciben la asistencia que podría aliviar sus molestias o síntomas.</p> <p>Todas las personas adolescentes pasan por periodos en que se sienten deprimidas o abatidas; esos cambios en el humor son normales y a menudo se conectan a cambios en la vida diaria y situaciones que generan gran tensión (estrés). Sin embargo, cuando el abatimiento (“bajón”) continúa por semanas o meses, sea que fuera o no provocado por una pérdida (abandono, término de una relación amorosa, fracaso en el estudio) o algún otro suceso no deseado, es aquí cuando podrían tener una depresión clínica.</p> <p>Una depresión es una enfermedad que afecta completamente a una persona en su manera de pensar, sentir, conducirse, tanto física como psíquicamente.</p> <p>Las personas adolescentes con trastorno depresivo se sienten tristes, cansadas e irritables.</p> <p>Dejan de interesarles las cosas con las que antes disfrutaban. El trastorno depresivo puede empeorar y prolongarse varios años si no se trata. Es posible que reincida varias veces durante la vida e incluso puede conducir al suicidio.</p> <p>En la familia puede confundirse con pereza o problemas de conducta.</p> <p>Información sobre la red de servicios de salud y red interinstitucional para referencia.</p>	<p>Cambios en el comportamiento, especialmente psicosocial: disminución del interés por asistir a clases o ausencias injustificadas, bajo rendimiento escolar, come o duerme mucho más o menos de lo usual, deja de salir con las amistades, ya no le interesan algunas actividades que antes le atraían, se aísla y se queda en casa en silencio, se torna irritable o agresivo sin razón, no se concentra por tiempo suficiente, encuentra difícil recordar cosas y tomar decisiones, expresa sentimientos de culpa, se muestra con desesperanza, llora o se enoja.</p> <p>Riesgos asociados: de consumo de alcohol y drogas, bajo rendimiento escolar, abandono escolar.</p> <p>Hay que estar siempre disponible como personal de salud para hablar.</p> <p>Resaltar siempre las cualidades y valores propios de la persona adolescente y las ventajas de utilizarlos en la solución de sus problemas.</p> <p>Apoyar a las personas adolescentes a llevar una rutina diaria: levantarse a una hora adecuada, comer a horas regulares, hacer ejercicios y participar en actividades de la casa.</p> <p>Apoyar a la familia a entender el problema y promover su participación y apoyo hacia la persona adolescente.</p> <p>Identificar recursos de apoyo en la familia, escuela, pares, comunidad.</p> <p>Dar seguimiento, explorar sobre ideas o intención suicidas y remitir de forma urgente al especialista.</p>

CUADRO 19. Consejería /asesoría sobre violencia o sospecha de abuso sexual

Aspectos para considerar:	¿Qué abordar con la persona adolescente?
<ul style="list-style-type: none"> » Conocimientos sobre dinámica y abordaje de la violencia y el abuso sexual en particular. Mitos, prejuicios y estereotipos asociados. » Es fundamental comenzar manifestando comprensión, respeto y solidaridad por la situación que la persona adolescente pasa o ha pasado, resaltar el valor que tiene para enfrentarla, a la vez que se garantiza confidencialidad y privacidad en el trabajo que se va a llevar a cabo. Procurar que se sienta segura y confiada. » Permitir a la persona adolescente hablar de la situación cuanto le sea necesario, haciendo escucha activa, y recordar que el fin no es recabar información, sino abrir un espacio para que la persona pueda expresar sus emociones al respecto. » No revictimizar. No culpabilizar ni prejuizar. Hay que enfatizar que no está sola y que no es su culpa la situación de violencia. » Cuando una persona adolescente es violentada, se debe evitar el contacto físico que pueda hacer sentir incómoda, amenazada o violentada a la persona adolescente. La misma persona adolescente dará señales del tipo de acercamiento con que se siente cómoda. » Privilegiar la recuperación de su integridad física y emocional, así como la apropiación de su cuerpo y la identificación de redes de apoyo como recursos básicos para enfrentar la situación que ha vivido o está viviendo. » Tener en cuenta la legislación vigente, pero en general hay que recordar que todo contacto entre una víctima menor de edad (menor de 18 años), si el perpetrador es 5 años mayor que la víctima se considera violación. » Tener en cuenta que una situación de abuso sexual puede ser considerada como una situación “normal”, como en el caso del embarazo en adolescentes menores de 15 años por la adolescente. » Riesgos de ITS/VIH y embarazo. » Identificar la red de servicios de salud y red interinstitucional, grupos de apoyo para situaciones de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> » Investigar signos de alerta: cambios bruscos del comportamiento, molestias o lesiones urogenitales y rectales, trastornos emocionales (depresión, agresividad), trastornos del sueño, problemas en la escuela, aislamiento, violencia, dolor abdominal, enuresis, encopresis, infecciones de transmisión sexual, embarazo, referencia específica a un contacto sexual inapropiado. » Explorar sobre los mitos, prejuicios y estereotipos acerca del abuso sexual, incluyendo “desnaturalizar el abuso sexual y trabajar en profundidad en la desculpabilización”. » Conversar e informar a la persona adolescente sobre la necesidad de hacer pruebas para diagnóstico de ITS y porqué es conveniente cumplir el tratamiento para prevenir las infecciones. » Explorar los posibles recursos personales, familiares, comunitarios que pueden servirle de apoyo o ser útiles para enfrentar la situación que vive y elaborar un plan de seguridad para enfrentar la situación. » Hacer énfasis en el reconocimiento de los recursos y apoyos que tiene disponibles en los servicios de salud y la importancia de utilizarlos. » Orientar sobre lugares donde se le dará apoyo emocional, protección social y asesoría legal » Brindar información sobre métodos anticonceptivos y de protección sexual, mecanismos de acción y efectos secundarios. Reforzar la importancia del uso del condón y entregar información sobre su uso correcto

CUADRO 20. Consejería /asesoría sobre sospecha ITS/VIH

Aspectos para considerar:	¿Qué abordar con la persona adolescente?
<ul style="list-style-type: none"> » Información sobre ITS/VIH, tipos, manifestaciones, énfasis en medidas preventivas, a partir del conocimiento de la persona adolescente, facilitar información sobre: » Mitos, prejuicios y estereotipos de género con relación a ITS y uso de medidas de prevención, incluyendo el uso del condón. » Importancia de la atención médica ante las ITS/VIH. » Relación entre ITS y embarazo en la adolescencia. » Información sobre estigma y discriminación de personas viviendo con VIH, así como sus derechos. » Fomento del autocuidado y mutuo cuidado de la salud sexual y salud reproductiva. » Fomento de habilidades para negociar la protección sexual y uso de condón con la pareja. » Identificar la red de servicios de salud y red interinstitucional, grupos de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> » Consultar con la persona adolescente las principales inquietudes y emociones que surgen a partir de la sospecha o diagnóstico de una ITS/VIH. Partir de conocimientos previos y facilitar a la persona adolescente información para la identificación de signos comunes de ITS”. » Indagar, reconocer y discutir conjuntamente sobre prácticas que pudieron poner en riesgo la salud sexual y salud reproductiva de la persona adolescente, y cuales son aquellas conductas protectoras que necesita desarrollar de ahora en adelante para protegerse. » Importancia del cambio de hábitos sexuales o de actitud de vida. » Diálogo y desmonte con relación a mitos, prejuicios y estereotipos de género con relación a ITS y uso de medidas de prevención, incluyendo el uso del condón. » Uso adecuado del condón. » Derecho a la protección sexual. Habilidades para negociar la protección sexual y uso de condón con la pareja. » Riesgos asociados de ITS y embarazo en la adolescencia. » Prueba de VIH. » Promover el autocuidado y el cuidado mutuo de la salud sexual y la salud reproductiva, incluyendo la reflexión sobre la importancia de hablar este tema con la pareja actual o futuras parejas. » Atención medica ante las ITS. Riesgos de la automedicación. » Abordar la estigmatización y discriminación por VIH, así como el tema de derechos de las personas con VIH.

CUADRO 21.
Consejería /asesoría sobre sospecha de embarazo

Aspectos para considerar:	¿Qué abordar con la persona adolescente?
<ul style="list-style-type: none"> » Se requiere acompañar a la persona adolescente para que reconozca su conducta sexual y que el embarazo puede ser una posibilidad. » Mitos, prejuicios y estereotipos de género en relación con el embarazo, la maternidad y la paternidad. » Prestar atención a las emociones, sentimientos, pensamientos y temores que surgen en él o la adolescente con respecto a la posibilidad de ser un embarazador o en el caso de la adolescente de estar embarazada, así como a la posibilidad de que el mismo constituya el centro de su proyecto de vida, acompañándola a explorar diversidad de posibilidades. » Es posible que la consejería sirva como espacio para que la persona adolescente pueda dar la noticia del embarazo, en caso de que sea así, contando con el apoyo de la persona consejera, quien podría citar a sus familiares (madre, padre, persona encargada) a la sesión. Si la situación familiar provoca en la adolescente crisis de ansiedad y temor, es importante considerar la posibilidad de referirla a otro profesional que se ocupe directamente de apoyarla, ya sea en terapia familiar o grupal. » Se debe dar atención porque desde la consejería es difícil determinar todas las condiciones protectoras o desfavorables para enfrentarlo y es necesario considerar la prevención de depresión o ideación suicida. » Discutir con la o el adolescente, los posibles factores de riesgo que influyeron para que se encuentre ante un posible embarazo y acompañar en la toma de decisiones para asumir conductas protectoras. » Informar sobre riesgos psicosociales asociados al embarazo. » Fomento del autocuidado y mutuo cuidado de la salud sexual y salud reproductiva. » Fomento de habilidades para negociar la protección sexual y uso de condón con la pareja. » Vínculo entre violencia sexual y embarazo en adolescentes menores de 15 años. Implicaciones legales, notificación y referencias. » Identificar la Red de servicios de salud y Red interinstitucional, grupos de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> » Preguntar si en su familia, pareja o alguna persona de confianza conoce su situación. En caso negativo, debe explicársele la importancia de buscar algún apoyo confiable que le ayude a pasar ese momento, porque puede ser difícil de enfrentar. Es posible acompañar a la persona adolescente a identificar la persona y el momento en que le compartirá la información sobre lo que está sucediendo. » Empoderamiento en la toma de decisión sobre su sexualidad, su probable embarazo y su cuidado biopsicosocial. » Si la decisión es continuar su vida sexual, informarle sobre los métodos anticonceptivos más apropiados para ella y su pareja, en caso de que el diagnóstico sea negativo. » Diálogo y desmonte con relación a mitos, prejuicios y estereotipos de género respecto a embarazo, maternidad y paternidad y sobre el uso de medidas de prevención, incluido el uso del condón. » Doble protección. Uso adecuado del condón. » Derecho a la protección sexual. Habilidades para negociar la protección sexual y uso de condón y métodos anticonceptivos con la pareja. » Riesgos y consecuencias asociados a embarazo en la adolescencia: violencia, deserciones colar, otros. » Promover el autocuidado y el cuidado mutuo de la salud sexual y la salud reproductiva, incluyendo la reflexión sobre la importancia de hablar este tema con la pareja actual o futuras parejas. » Atención médica ante un embarazo en la adolescencia. » Referirla para prueba de embarazo si no tiene diagnóstico comprobado o a consulta prenatal si está comprobado. » Referirla a asesoría específica sobre anticoncepción y prescripción de métodos de protección sexual y anticonceptivos.

CUADRO 22. Consejería /asesoría sobre adolescente embarazada – madre adolescente

Aspectos para considerar:	¿Qué abordar con la persona adolescente?
<ul style="list-style-type: none"> » La adolescente en condición de embarazo es muy probable que esté atravesando situaciones de conflicto que van desde el enfrentamiento con la familia, grupo de pares, escenario educativo, pareja y su propia condición, al estar en un período de desarrollo con tareas vitales para su presente y futuro. » Mitos, prejuicios y estereotipos de género en relación con el embarazo, la maternidad y la paternidad » Enfocar la consejería o asesoría en apoyar a la adolescente para que continúe su proyecto de vida con las mejores condiciones, y sobre todo evitar un siguiente embarazo que vaya a dificultar aún más su situación personal. » Informar sobre la prevención de un siguiente embarazo. » Informar sobre derechos, no exclusión del sistema educativo. » Informar sobre riesgos biopsicosociales asociados al embarazo y la maternidad adolescente. » Fomento del autocuidado y mutuo cuidado de la salud sexual y salud reproductiva. » Vínculo entre violencia sexual y embarazo en adolescentes menores de 15 años. Implicaciones legales, notificación y referencias. » Identificar la Red de servicios de salud y Red interinstitucional, grupos de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> » Indagar las expectativas, emociones y creencias asociadas a la situación que vive la adolescente, de forma que pueda expresarse libremente sin ser juzgada, recriminada o condenada. » Indagar si en su familia, pareja o alguna persona de confianza conoce su situación. En caso negativo, debe explicársele la importancia de buscar algún apoyo confiable que le ayude a pasar ese momento, porque puede ser difícil de enfrentar. Es posible acompañar a la persona adolescente a identificar a la persona y el momento en que le compartirá la información sobre lo que está sucediendo. » Diálogo y desmonte con relación a mitos, prejuicios y estereotipos de género en relación con embarazo, maternidad y paternidad. » Identificar condiciones favorecedoras para el empoderamiento sobre sus derechos y continuar un proyecto de vida que la beneficie a ella, y al niño o niña, incluyendo proyectos educativos. » Promover un proyecto de vida, más allá de la maternidad, que la adolescente visualice metas que le permitan la realización personal como persona íntegra y no solo como madre. » Derechos que le asisten como persona adolescente, ante su situación de embarazo y maternidad, incluyendo brindar herramientas que le permitan evitar un siguiente embarazo. Incluyendo la anticoncepción post evento obstétrico. Enfatizar la protección doble y el uso correcto, ventajas y desventajas de métodos. » Riesgos biopsicosociales relacionados con el embarazo y la maternidad en adolescentes. Deserción escolar, violencia, otros. Abordaje de la depresión post parto. » Implicaciones socioeconómicas alrededor del embarazo y la maternidad. Indagar recursos de apoyo de su familia, pareja, amistades o alguna persona de su confianza. Explore con ella quiénes podrían ser personas que pueden acompañarle en el proceso de embarazo y maternidad. » Dialogar sobre vínculos: maternidad y la relación de pareja, fortaleciendo reconocimiento de roles diferenciados y manejo de presión por parte de la pareja o familiar y social. » Promover la asistencia al control prenatal. » Promover el autocuidado y mutuo cuidado para la salud sexual y la salud reproductiva.

CUADRO 23.
Consejería /asesoría sobre adolescente embarazador-padre adolescente

Aspectos para considerar:	¿Qué abordar con la persona adolescente?
» Tener presente la existencia de adolescentes embarazadores que requieren orientación y apoyo.	» Indagar las expectativas, emociones y creencias asociadas a la situación que vivencia el adolescente, de forma que pueda expresarse libremente sin ser juzgado, recriminado o condenado.
» Mitos, prejuicios y estereotipos relacionados a la paternidad y maternidad.	» Promover la reflexión sobre como asumir una paternidad responsable y la crianza compartida, de forma que el adolescente comprenda que el embarazo y la educación no son tarea femenina, y que la tarea del padre no es ser proveedor, tanto unas como otras deben ser asumidas de forma conjunta.
» Fomento de la paternidad responsable y la crianza compartida.	» Diálogo y desmonte con relación a mitos, prejuicios y estereotipos de género en relación con embarazo, maternidad y paternidad y la construcción de las masculinidades.
» Enfocar la consejería o asesoría en apoyar a la adolescente para que continúe su proyecto de vida con las mejores condiciones.	» Indagar si en su familia, pareja o alguna persona de confianza conoce su situación. En caso negativo, debe explicársele la importancia de buscar algún apoyo confiable que le ayude a pasar ese momento, porque puede ser difícil de enfrentar. Es posible acompañar a la persona adolescente a identificar la persona y el momento en que le compartirá la información sobre lo que está sucediendo.
» Informar sobre la prevención de un siguiente embarazo.	» Identificar condiciones favorecedoras para el empoderamiento y continuar un proyecto de vida que le beneficie y le permita la realización personal como persona íntegra, a la vez que asume la responsabilidad paterna.
» Informar sobre derechos.	» Derechos que le asisten como persona adolescente, ante su situación de embarazador la paternidad.
» Informar sobre riesgos psicosociales asociados al embarazo y la paternidad adolescente.	» Enfatizar la doble protección y el uso correcto del preservativo, así como la revisión de otras prácticas sexuales de riesgo, por ejemplo, la utilización del coito interrumpido, para desmitificar y promover prácticas sexuales seguras que eviten otros embarazos.
» Informar sobre prevención de la violencia.	» Riesgos biopsicosociales relacionados con ser embarazador y/o padre en la adolescencia. Abandono escolar, inserción laboral temprana y baja remuneración, violencia, otros.
» Fomento de los vínculos, afectividad, rol paterno, acompañamiento en el proceso de atención prenatal.	» Implicaciones socioeconómicas alrededor del embarazo y la paternidad. Indagar recursos de apoyo de su familia, pareja, amistades o alguna persona de su confianza. Explore con el adolescente quienes podrían ser personas que puede acompañarle en el proceso de embarazo y paternidad.
» Autocuidado y mutuo cuidado de la salud sexual y salud reproductiva.	» Dialogar sobre vínculos: paternidad y la relación de pareja, fortaleciendo reconocimiento de roles diferenciados y manejo de presión por parte de la pareja o familiar y social. Reflexionar sobre la afectividad y el cuidado como funciones paternas.
» Identificar la red de servicios de salud y red interinstitucional, grupos de apoyo.	» Prevención de la violencia.
	» Promover el acompañamiento al control prenatal y postnatal.
	» Promover el autocuidado y mutuo cuidado para la salud sexual y la salud reproductiva.

D. ASESORÍA EN ANTICONCEPCIÓN Y OFERTA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

La República Dominicana figura entre los países con mayor tasa de fecundidad adolescente en América Latina. Una de cada 5 mujeres de 15-19 años es madre o ha estado embarazada. Las mujeres más jóvenes presentan los mayores niveles de necesidad insatisfecha de anticonceptivos: 27 por ciento en las mujeres de 15-19 años, 2.5 veces más que en las mujeres adultas (Endesa-2013)

El cuidado de la salud sexual y la salud reproductiva, incluyendo la información y los servicios integrales que aseguren la asesoría y el acceso a métodos anticonceptivos, se reconoce a partir de las evidencias no sólo como la intervención clave desde el sector salud para la prevención del embarazo en adolescentes, sino también como un derecho humano. Todas las personas, incluso los adolescentes, tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos anticonceptivos. El acceso a la consejería/asesoría y la anticoncepción debe ser ofrecido como una opción libre e informada, en un contexto de respeto a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas adolescentes y dentro del marco legal vigente.

La persona adolescente puede tener acceso al asesoramiento en anticoncepción y oferta de métodos anticonceptivos, por una referencia realizada luego de una valoración previa en la consulta médica y/o en la consejería general en salud sexual y salud reproductiva. También puede tener acceso directo ante una demanda espontánea por parte de la persona adolescente y en este caso siempre se recomendará además asistir a la consulta clínica anual con enfoque preventivo, según corresponda.

El personal médico y el de enfermería son responsables de brindar esta intervención, la cual se centra en tres aspectos prioritarios que deben alcanzarse en el proceso de la atención a adolescentes que han iniciado la actividad sexual:

- Identificar en la persona adolescente sus intenciones de reproducción (iniciar, posponer o espaciar la procreación). Sin embargo, es necesario enfatizar que en la adolescencia se debería prevenir embarazos, dadas las consecuencias biopsicosociales que acarrea. Por lo tanto, siempre se deberá recomendar la prevención hasta tanto se cuente con los recursos físicos y psicosociales idóneos para elegir si reproducirse, así como la cantidad y espaciamiento entre sus hijos/as.
- Determinar si van a usar la anticoncepción y promover la doble protección.
- Acompañar en la toma de decisión de la persona adolescente con relación al método anticonceptivo de elección, de manera libre e informada y acorde a sus características y necesidades.

El proceso de asesoría en anticoncepción con oferta de métodos anticonceptivos en personas adolescentes debe ofertarse en una sola sesión o visita y registrarse en el expediente clínico. Esta intervención estará a cargo del personal médico y de enfermería.

Asesoría en anticoncepción y prescripción de métodos anticonceptivos:

En este marco es mandatorio el abordaje de los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como los mitos, prejuicios y estereotipos sexista relacionados a la sexualidad y a la anticoncepción.

Las actividades que comprende son las siguientes:

1. Información y promoción de salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en anticoncepción.
2. Evaluación integral.
3. Elección libre e informada y prescripción del método anticonceptivo.

Los procedimientos por seguir para la aplicación de esta intervención se realizarán de acuerdo con cada protocolo específico.

El proceso general del asesoramiento en anticoncepción y prescripción de métodos anticonceptivos en personas adolescentes incluye motivación, información y promoción de la SS/SR, además de la oferta del método específico seleccionado. La información sobre los métodos anticonceptivos (MAC) disponibles para el uso en los servicios de salud se incluye en el anexo No. 8, así como una relación de los MAC según tipo y características, además de pautas a considerar durante el asesoramiento a las personas adolescentes (Anexo No. 9) Se debe dirigir a resolver las necesidades individuales de la persona adolescente y aclarar dudas. Se recomienda cumplir con los seis pasos de la técnica de consejería en anticoncepción de ACCEDA (Ver anexo No.10), estrategia ya validada y recomendada como efectiva por la Organización Mundial de la Salud.

▪ **Subgrupos de personas adolescentes priorizados para recibir asesoría y prescripción de un método anticonceptivo y de protección sexual, previo consentimiento informado:**

- 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 post evento obstétrico (parto o aborto)
- Antecedente con sospecha o diagnóstico de ITS/VIH.

MÉTODOS NATURALES:

SI BIEN NO TIENEN COSTO ECONÓMICO, SON INSEGUROS, CON ALTA TASA DE FRACASO Y NO SON RECOMENDABLES PARA PREVENIR EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. NO PROTEGEN DE INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL.

▪ **Anticoncepción de emergencia.**

La anticoncepción de emergencia es la única opción disponible para evitar el embarazo luego de una relación sexual sin protección; cuando falla el método que se usó; cuando existió violación; si se olvidó de tomar 3 o más píldoras anticonceptivas, o hace más de 14 semanas de la inyección de progestágeno de acción prolongada.

Cuando se usan en las primeras 72hs postcoitales reducen el riesgo de embarazo en 75%. Las personas adolescentes deben estar informadas y tener este método disponible en todo momento, o debe tener la oportunidad de consultar de inmediato para que le sea indicado inmediatamente.

Se muestran en el siguiente recuadro, las recomendaciones para el uso de anticoncepción de emergencia en adolescentes: siempre se debe explicar a la persona adolescente como utilizarlo e informar sobre los posibles efectos secundarios.

Anticoncepción de emergencia:

Todas las personas adolescentes y sobre todo las que están usando un método de barrera o un método natural deben conocer los métodos de emergencia, tenerlos disponibles y saber cómo usarlos. También deben saber que no pueden ser usados como un método regular ni permanente

CUADRO 24.
Anticoncepción de emergencia

Tipo de método	Dosis	Efectividad y efectos secundarios
Método Yuzpe (se pueden usar los anticonceptivos orales combinados que estén disponibles, adecuando el número de píldoras a la dosis requerida)	200 mcg etinilestradiol + 2.0 mg norgestrel o 1 mg levonorgestrel. 2 dosis separadas por 12 horas.	Más efectivas en las primeras 12-24 horas post coito (no más de 72 horas). Náuseas y vómitos. Irregularidades menstruales.
Píldoras de progestágenos solo	0.6 mg - dosis única de norgestrel. 0.75 mg - dosis repetidas de levonorgestrel.	Debe tomarse dentro de las 12 horas post coito. Tomar antes de las 8 horas después del coito la primera y repetir a las 24 horas.

▪ Asesoramiento sobre el uso del condón masculino y femenino.

Para el uso adecuado de los condones, tanto masculino como femenino, se requiere que los y las adolescentes tengan motivación y manejen información respecto a su efectividad, protección, forma de colocarlo y retirarlo, y tengan fácil acceso al método. Además, con frecuencia, se requiere acuerdo, negociación y comunicación en la pareja.

Sin embargo, si bien la información sobre la forma de uso de un condón es necesaria, para tener impacto sobre la conducta y que las personas adolescentes realmente lo utilicen o exijan su uso, limitarse sólo a la entrega de información no es suficiente. No sirve que la persona adolescente sea un experto o experta en la colocación del condón, si no se tiene la habilidad para pedir a la pareja que lo use o la habilidad para proponer alternativas y llegar a un acuerdo en el caso que la pareja no quiera usarlo.

Aspectos importantes para considerar en el desarrollo de la asesoría en el uso del condón masculino y femenino:

- El uso del condón en adolescentes requiere del desarrollo de ciertas competencias:
 1. Habilidades en el uso correcto y consistente del condón.
 2. Habilidades para negociar y llegar a un acuerdo en su uso.

- Es importante fortalecer ambas habilidades. Sin embargo, debido a los patrones culturales de género arraigados en la sociedad dominicana, los hombres suelen tener la necesidad de fortalecer más las habilidades en el uso y las mujeres las habilidades de negociación, lo que no significa que hombres y mujeres no deban adquirir ambas habilidades.

Para que los adolescentes varones usen el condón, necesitan confiar en sus propias habilidades para colocarlo. Enfrentar la colocación del condón por primera vez y con la pareja, puede generar nerviosismo, inseguridad y temor, que pueden significar que la persona adolescente no lo utilice. Por ello, resulta importante incentivar a que practiquen la colocación del condón. Las destrezas adquiridas les darán seguridad, confianza en sí mismos y la oportunidad de familiarizarse con sus propias sensaciones, pudiendo así derribar creencias erróneas como la interferencia o interrupción, la disminución del placer y la poca sensibilidad.

En el caso del condón femenino, hay que considerar que es un método escasamente conocido, debido a su reciente introducción al mercado y a la oferta de anticoncepción del Ministerio de Salud Pública.

También las adolescentes deberán familiarizarse con este método y adquirir destrezas para su colocación, pues al igual que los varones pueden sentir temor o inseguridad. Por lo tanto, se requiere que el personal de salud apoye la práctica del uso del condón femenino y transfiera seguridad y habilidades en las adolescentes, a la vez que se desmontan prejuicios o actitudes negativas relacionadas con este método que tiene la ventaja sobreañadida de que está bajo el control de la adolescente como medio para la doble protección.

▪ **Aspectos importantes para desarrollar en la asesoría o consejería sobre el condón femenino y masculino:**

- Se debe informar que los condones se pueden obtener gratuitamente en los centros de salud o se pueden comprar en las farmacias y no se necesita receta médica.
- Apoyar el reconocimiento de los beneficios personales e interpersonales de la prevención de embarazo y de ITS.
- Apoyar el reconocimiento de los beneficios del uso del condón, tanto masculino como femenino, como la conducta más protectora.
- Facilitar la identificación de barreras personales e interpersonales, el reconocimiento de creencias erróneas, mitos y prejuicios que pueden influir en el uso del condón.
- Reforzar que el uso del condón debe ser negociado con anticipación, ambos integrantes de la pareja deben estar de acuerdo y saber cómo usarlo, tanto el condón femenino como el masculino.
- Entregarles herramientas o pautas de respuestas asertivas, que puedan ensayar, en la consejería y usar como modelo para enfrentar momentos difíciles al momento de negociar.

A continuación, se muestran pautas sobre el uso correcto de condones, femenino y masculino, para promover las habilidades para negociar el uso del condón y el fomento de asertividad.

CUADRO 25.**Practicando respuestas asertivas para el uso del condón las personas adolescentes**

(Tomado/adaptado de: Ministerio de Salud de Chile (2015).
Consejería en salud sexual y salud reproductiva para adolescentes)

ARGUMENTOS	RESPUESTAS ASERTIVAS
Pero los condones no son 100% seguros	Protegen si los usamos de la manera correcta. Son la mejor protección disponible.
Los condones “matan la onda”	No será así después que nos acostumbremos. Oye, los condones pueden ser divertidos. Podemos utilizarlos juntos.
No se siente igual de rico con condón	Nos sentiremos muy bien una vez que nos acostumbremos. Usémoslos y veamos cómo nos sentimos. Pero me sentiré mucho más relajada si estoy protegida. Con condón puedes durar más y eso es bueno para los dos.
Estoy tomando píldoras anticonceptivas	Tendremos que utilizar condones de todas maneras, la píldora no nos protege contra infecciones. Las píldoras no protegen del HIV y las ITS.
Me da vergüenza comprarlos	No sentirás vergüenza después de la primera vez. Los compraré yo, así los tendremos cuando los necesitemos. Vamos juntos a comprarlos
No tengo condón ahora	Compremos para la próxima vez, pero ahora no tengamos sexo. Disculpa, pero sin condón no. No quiero que nos exponamos a una infección por HIV. No te preocupes, yo sé cuidarme.
Voy a retirar el pene antes de eyacular	Esa forma no es segura, antes de eyacular en la secreción que sale por el pene puede haber espermatozoides y puedo quedar embarazada, además así podría contagiarme con una ITS.
Yo sé que no tengo ninguna ITS	Yo quiero estar súper segura para evitar las ITS, además de no quedar embarazada. Yo tampoco creo tener ninguna enfermedad, pero eso no se ve en la cara, podrías tener una ITS, aunque parezcas estar sano.
¿No confías en mí?	Espero que estés diciendo la verdad, sin embargo, algunas ITS no tienen síntomas. Seamos responsables y usemos condones. La confianza no es el problema. La gente se contagia infecciones sin darse cuenta.

CUADRO 26.**Algunas Barreras de los y las Adolescentes para NO usar condón y estrategias que puede utilizar el personal de salud, para ayudarles a identificar y disminuir estas barreras.**

(Tomado/adaptado de: Ministerio de Salud de Chile (2015). Consejería en salud sexual y salud reproductiva para adolescentes)

BARRERAS	ESTRATEGIAS PARA ABORDAR LAS BARRERAS
Disminución del placer sexual y la sensibilidad	¿Cuánto crees que realmente disminuye tu sensibilidad? ¿Qué te parece si ensayas con el condón y ves qué pasa con tus sensaciones? ¿En qué podría beneficiarte a ti o a tu pareja que la sensibilidad disminuya un poco?
Interferencia o interrupción en la relación sexual	¿Qué crees que pasará con esto cuando lleven un tiempo usando el condón? ¿Cómo podrías disminuir esta interferencia?
No es 100 % efectivo	Reforzar que no existe ningún método que sea 100% efectivo. Es el único método que existe para prevenir las ITS. Su eficacia aumenta con la experiencia en el uso
La pareja estable se percibe sana y sin posibilidad de contagio, aunque no se sepa su historial sexual.	Reforzar concepto de riesgo por las conductas sexuales previas y las actuales. La apariencia o el conocer socialmente a una persona no garantizan su estado de salud ni tampoco su riesgo en sexualidad.
Creencia que al tener pareja única están salvo de riesgos, a pesar de que estas relaciones sean cortas y sustituidas sucesivamente por otras parejas.	
Dificultades para conversar de sexualidad y uso de métodos anticonceptivos: “Usar un método de protección indicaría desconfianza”. “Negociación del uso del condón rompe la espontaneidad y el romanticismo de las relaciones sexuales”. “Temor a ser catalogada de lanzada o que tiene mucha experiencia - por saber mucho del tema y querer cuidarse o de complicada o inmadura por manifestar dudas y temores.”	Fortalecer habilidades de comunicación y negociación Reforzar el concepto de toma de decisiones de manera libre e informada.

- **Seguimiento.**

Todas las personas adolescentes a quienes se ofertan métodos anticonceptivos deberán citarse al menos cuatro semanas después de empezar con la anticoncepción. Sin embargo, se les debe orientar sobre la disponibilidad para atenderles ante cualquier duda o necesidad de volver a esta consulta. Esta es una cita que debe anotarse en el expediente.

Durante las citas de seguimiento deben vigilarse los siguientes aspectos: peso, presión arterial y aparición de cefalea, alteraciones del humor, sangrado irregular. Así como los aspectos particulares referidos a cada método y la forma en que se está utilizando.

Realizar cita subsiguiente a los 6-12 meses: examen pélvico, PAP, tamizaje de infecciones de transmisión sexual, así como referencia a la consulta clínica anual con enfoque preventivo.

La entrega y/o aplicación de métodos anticonceptivos:

Debe ser expedita, garantizando privacidad y confidencialidad y aprovechando cada encuentro en que asistan al centro de salud con estos fines para informar en materia de SS/SR y reiterar la disponibilidad de atención en el servicio.

E. ACTIVIDAD DE IEC GRUPAL, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

La actividad de información, educación y comunicación, (IEC) grupal, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, es una intervención que forma parte de la atención integral de adolescentes, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva a la cual deben tener acceso todas las personas adolescentes.

Se busca que este sea un espacio de intercambio y reflexión grupal, en el que las personas adolescentes puedan ser informadas y aclarar dudas e inquietudes sobre salud sexual y salud reproductiva. Se considera una actividad estratégica para atraer a las personas adolescentes a los servicios y acompañarles en el proceso de crecimiento y desarrollo, a partir de la promoción de estilos de vida saludables.

La actividad de IEC grupal debe ser desarrollada en la UNAP o centro de atención primaria, a cargo del equipo de salud con entrenamiento en el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva de adolescentes.

El tipo de actividad variará según cada contexto, se recomienda uso de técnicas participativas y apoyarse en actividades lúdicas. El abordaje de contenidos debe partir de las necesidades de las personas adolescentes, se considera como prioritario abordar los siguientes:

- Adolescencia. Procesos de crecimiento y desarrollo.
- Género y sexualidad. Derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Fomento de habilidades para la vida, autoestima, asertividad y toma de decisión.
- Toma de decisiones para la vivencia de una sexualidad responsable, segura y placentera, libre de coerción y violencia.

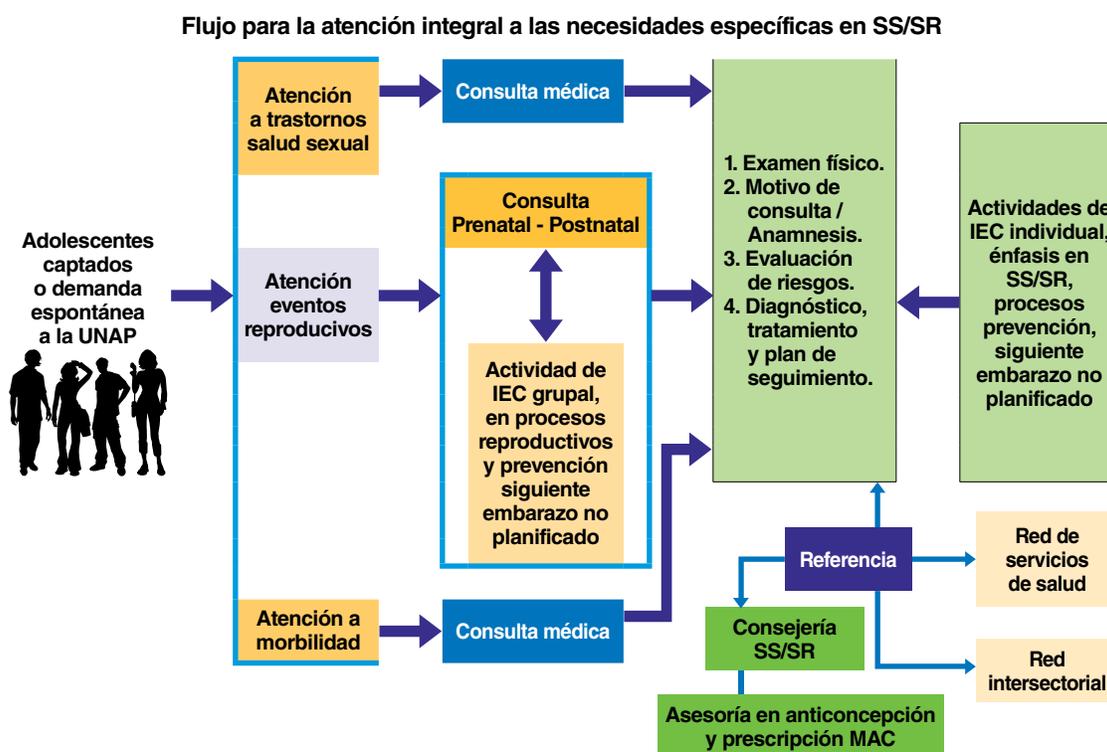
- ITS, signos, síntomas y medidas de prevención.
- Embarazo, riesgos psicosociales e implicaciones, medidas para prevención del embarazo.
- Violencia, dinámica, identificación y medidas de prevención.
- Métodos anticonceptivos y doble protección. Uso correcto del condón.
- Oferta de servicios que ofrecen los centros de salud para la población adolescente.

Estas actividades tendrán una duración de 1-2 horas. Pueden realizarse antes de las consultas, como “puerta de entrada” a los servicios, o después de estas. También pueden desarrollarse en las escuelas y otros espacios comunitarios.

Se recomienda la capacitación de adolescentes como agentes multiplicadores y promotores, para que asuman un rol activo en las actividades de IEC grupales, adoptando la estrategia de educación de pares, bajo la supervisión del equipo de salud, además de involucrarse en las acciones de veeduría y vigilancia social desde las comunidades.

La conformación de los grupos de adolescentes que participarán en cada una de estas actividades debe tomar en cuenta la etapa de la adolescencia a la cual pertenecen los integrantes (temprana, media, tardía), el sexo, la identidad de género y la cultura, de las personas adolescentes, con el fin de que la integración de ellos beneficie la dinámica y la comodidad del grupo de participantes.

Actividades de atención específica a la morbilidad y otras condiciones relacionadas con la salud sexual y salud reproductiva



3.2.2 ACTIVIDADES DE ATENCIÓN ESPECÍFICA A LA MORBILIDAD Y OTRAS CONDICIONES RELACIONADAS CON LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

A continuación, se describe la guía para el desarrollo de las actividades de la consulta ambulatoria correspondiente a este apartado, que incluye la atención a algunos de los principales trastornos de salud sexual, la atención a los eventos reproductivos y la atención a la morbilidad en personas adolescentes.

F. ATENCIÓN A ALGUNOS DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS DE SALUD SEXUAL EN PERSONAS ADOLESCENTES.

Entre los principales trastornos de la salud sexual en personas adolescentes se encuentran los problemas relacionados al proceso de maduración física y sexual propia de la adolescencia, los problemas vinculados a la actividad sexual y otros problemas asociados a factores y comportamientos de riesgo. La atención a estos trastornos o problemas específicos del ámbito de la salud sexual pueden ser detectados por el personal de salud en la consulta con enfoque preventivo, durante una sesión de consejería o bien pueden corresponder a una demanda espontánea de la persona adolescente que acude al servicio de salud ante una alteración relacionada al ámbito de la sexualidad.

La atención integral ante este tipo de trastornos debe ser inmediata y oportuna, dado que suelen generar gran preocupación en las personas adolescentes. La atención integral en estos casos debe incluir la aplicación de la Historia Clínica de Adolescentes (CLAP/OPS) y la evaluación de riesgos psicosociales a partir de la herramienta HEAADSSS y la aplicación de la Escala de Petting. Las recomendaciones técnicas en cuanto a la preconsulta, entrevista y el abordaje de las personas adolescentes ya descritas en la sección dedicada a la consulta con enfoque preventivo se deben considerar también durante este tipo de atención, incluido lo concerniente a las garantías de privacidad y confidencialidad.

A todas las personas adolescentes que son atendidas por trastornos relacionados con la salud sexual se les debe explicar cuál es su problema, las consecuencias que puede tener para su salud y el tratamiento a seguir. Además, siempre se realizará la intervención de carácter informativo y de orientación en materia de salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en el ámbito específico del problema que motivó la consulta médica. También se identificarán necesidades en cuanto a la asesoría en anticoncepción y prescripción de métodos anticonceptivos y protección sexual, así como la asistencia cada año a la consulta con enfoque preventivo.

A continuación, se describen algunos de los principales problemas o trastornos de la salud sexual en personas adolescentes, incluidos los trastornos menstruales, patologías de mamas, patologías de escroto, testículos y pene, trastornos en la función sexual y las infecciones de transmisión sexual. Se presentan algunas pautas para orientar el abordaje, que han sido tomadas y actualizadas a partir de los Protocolos para la atención integral de adolescentes (Profamilia, 2013). Sin embargo, los procedimientos a seguir para el manejo clínico deben ser realizados según protocolos específicos.

CUADRO 27. Trastornos menstruales

TRASTORNO	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE	ORIENTACIÓN INDIVIDUAL
Dismenorrea	Síndrome caracterizado por dolor espasmódico y cíclico durante la menstruación.	<p>Anamnesis: Indagar sobre las características del dolor (cuándo aparece, cuánto dura, dónde se localiza y si se acompaña de otros síntomas para identificar si se trata de una dismenorrea primaria (asociada a la ovulación) o secundaria (causada por patología específica: infección, tumor, malformación, endometriosis), pues su abordaje es diferente.</p> <p>Examen físico: Valorar parámetros de crecimiento y desarrollo. Si la adolescente es activa sexualmente, realizar examen ginecológico (acompañarse de una tercera persona).</p> <p>Tratamiento: Manejar clínicamente según protocolos específicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la adolescente, con un lenguaje comprensible cuál es su condición, las consecuencias para su salud y el tratamiento a seguir acorde al diagnóstico realizado. • Se debe informar que el dolor menstrual es bastante común en las adolescentes. • Hay que enfatizar que el dolor que siente es indicativo de que hay ovulación (es decir que su organismo está funcionando bien, y si es sexualmente activa puede tener un embarazo si no usa protección sexual). • Abordar mitos, prejuicios y estereotipos de géneros relacionados (Por ejemplo: "El dolor menstrual desaparece cuando tengas hijos") • Si la adolescente es sexualmente activa referir a consejería en SS/SR, asesoramiento en anticoncepción y prescripción de métodos anticonceptivos (MAC)
Metrorragia	Sangrado uterino fuera del periodo menstrual, que puede ser de origen orgánico o disfuncional sin que exista embarazo y en ausencia de patología orgánica comprobable (Hemorragia Uterina Disfuncional), de cantidad variable. En la adolescente se asocia mayormente a inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y a ciclos no ovulatorios.	<p>Anamnesis: Antecedentes ginecobstétricos (menarquía, vida sexual activa, uso de anticonceptivos). Características del sangrado: frecuencia, duración, periodicidad, cantidad, olor, presencia de coágulos o flujo vaginal).</p> <p>Examen Físico: Valorar presión arterial, signos vitales.</p> <p>Realizar examen ginecológico (acompañarse de una tercera persona) con cuidado, evitar en lo posible técnicas agresivas para el estudio de la alteración menstrual.</p> <p>– Siempre debe realizarse biometría hemática, descartar embarazo y sangrado asociado al uso de anticonceptivos hormonales.</p> <p>Tratamiento: Manejar clínicamente según protocolos específicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la adolescente, con un lenguaje comprensible cuál es su condición, las consecuencias para su salud y el tratamiento a seguir acorde al diagnóstico realizado. • Orientar sobre sexualidad saludable. • Abordar mitos, prejuicios y estereotipos de géneros relacionados • Si la adolescente es sexualmente activa referir a consejería en SS/SR, asesoramiento en anticoncepción y prescripción de MAC.
Amenorrea	Es la ausencia de menstruación y constituye un síntoma de algún trastorno orgánico. Puede ser Amenorrea primaria (falta de menarquía a los 14-15 años con ausencia de caracteres sexuales secundarios o falta de menarquía de los 16 a 18 años con o sin caracteres sexuales secundarios) o Amenorrea secundaria (Ausencia de 4 periodos menstruales luego de haber menstruado siempre regularmente desde la menarquía o ausencia de 6 o más periodos menstruales precedida de periodos irregulares)	<p>Anamnesis: Historia familiar de crecimiento y desarrollo sexual (edad de la menarquía de la madre, abuela, hermanas; desarrollo de la adolescente desde la niñez, aparición de caracteres sexuales secundarios. Historia de menstrual. Inicio de relaciones sexuales.</p> <p>Indagar síntomas de embarazo, hábitos de alimentación, adelgazamiento, nivel de actividad física (atletismo, competición deportiva de alto nivel), alteraciones emocionales (estrés), medicación y uso de hormonas.</p> <p>Examen físico: Valoración de estadios de Tanner, revisión de signos y síntomas asociados (cefalea, trastornos visuales, palpitaciones, taquicardia, aumento del vello corporal, salida de secreción láctea por los pezones).</p> <p>Realizar examen ginecológico (acompañarse de una tercera persona)</p> <p>– Siempre debe realizarse biometría hemática, descartar embarazo, uso y suspensión de anticonceptivos hormonales.</p> <p>Tratamiento: Manejar clínicamente según protocolos específicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la adolescente, con un lenguaje comprensible cuál es su condición, las consecuencias para su salud y el tratamiento a seguir acorde al diagnóstico realizado. • Orientar sobre sexualidad saludable. • Abordar mitos, prejuicios y estereotipos de géneros relacionados • Si la adolescente es sexualmente activa referir a consejería en SS/SR, asesoramiento en anticoncepción y prescripción de MAC.
Oligomenorrea	Periodos menstruales que se producen con intervalos de 36 a 90 días, sin otra sintomatología asociada. Se asocian a disfunción fisiológica del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, frecuente en los dos primeros años posteriores a la menarquía.	<p>Anamnesis: Antecedentes ginecobstétricos (menarquía, vida sexual activa, uso de anticonceptivos). Historia menstrual: inicio, frecuencia, duración, periodicidad, cantidad, olor presencia de coágulos o flujo vaginal).</p> <p>Examen físico: Valorar parámetros de crecimiento y desarrollo. Realizar examen ginecológico (acompañarse de una tercera persona)</p> <p>– Siempre debe realizarse biometría hemática, descartar embarazo.</p> <p>Tratamiento: Manejar clínicamente según protocolos específicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la adolescente, con un lenguaje comprensible cuál es su condición, las consecuencias para su salud y el tratamiento a seguir acorde al diagnóstico realizado. • Orientar sobre sexualidad saludable. • Abordar mitos, prejuicios y estereotipos de géneros relacionados • Si la adolescente es sexualmente activa referir a consejería en SS/SR, asesoramiento en anticoncepción y prescripción de MAC.

CUADRO 28. Patologías de las mamas

Trastorno o patología	Descripción	Recomendaciones para el abordaje	Orientación individual
Mastodinia	Dolor mamario cíclico debido a cambios hormonales.	Anamnesis: Historia de aumento del volumen mamario, a veces acompañado de problemas referidos de la columna o escoliosis. El dolor e induración cíclica de la mama se consideran fisiológicos y no requieren medicación específica. Manejar clínicamente según protocolos específicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la adolescente, con un lenguaje comprensible cuál es su condición, las consecuencias para su salud y el tratamiento a seguir acorde al diagnóstico realizado. • Informar sobre desarrollo y fisiología de las mamas. • Disminuir el temor al cáncer mamario.
Secreción por el pezón	Puede ser debida a diferentes causas: Galactorrea: Salida espontánea de leche por el pezón. Infecciosa: Salida de secreción purulenta por el pezón. Serosa o sanguinolenta: Salida de secreción serosa o sanguinolenta procedente de la mama por el pezón	Galactorrea: Usualmente es debida a incremento de la prolactina. Indagar en la anamnesis causas fisiológicas., tales como embarazo, lactancia, juegos sexuales, estrés). Cuando se descarta causa fisiológica es necesario investigación de causa orgánica. Manejar clínicamente según protocolos específicos. Infecciosa: Es sugestiva de un proceso infeccioso que puede estar o no relacionado con la lactancia. Indagar características de la secreción (cantidad, color, olor, acompañada de dolor o inflamación) Requiere investigación microbiológica. Manejar clínicamente según protocolos específicos. Serosa o sanguinolenta: Indagar características de la secreción (cantidad, color, olor, acompañada de dolor o inflamación) Requiere investigación y estudios complementarios. Manejar clínicamente según protocolos específicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el auto cuidado y el auto examen de las mamas. • Abordar mitos, prejuicios y estereotipos de géneros relacionados. • Fomentar una adecuada autoestima en la adolescente. • Si la adolescente es sexualmente activa referir a consejería en SS/SR, asesoramiento en anticoncepción y prescripción de MAC.
Alteraciones de la mama	Entre las alteraciones más frecuentes están: Polimastia: Pezones y glándulas mamarias adicionales en la línea mamaria. Telarca precoz: Desarrollo de una o ambas mamas, sin otro signo de maduración sexual, antes de los 8 años. Asimetría mamaria: Desigualdad de crecimiento mamario durante la pubertad. Mamas hipoplásicas: Falta de desarrollo glandular mamario por falla en el desarrollo embriogénico o no respuesta del receptor glandular a los estrógenos circulantes. Mamas hiperplásicas: Crecimiento mamario exagerado.	Polimastia: Los pezones y glándulas mamarias adicionales por lo regular se ubican en la región axilar. Pueden manifestarse durante o después de la pubertad o embarazo, por la estimulación hormonal. Se maneja de forma multidisciplinaria, ya que puede estar asociada a malformaciones renales. Telarca precoz: Se debe observar el signo, si es aislado o se acompaña de otros síntomas y signos (hemorragia, hiperpigmentación, por ejemplo). Indagar desarrollo y maduración sexual, antecedentes de desarrollo precoz en la familia, medicaciones y uso de hormonas sexuales. Manejar clínicamente según protocolos específicos. Asimetría mamaria: es común que el crecimiento mamario sea asincrónico entre las mamas y habitualmente una queda más grande que la otra. Conforme avanza el desarrollo la asimetría es menos notable. La conducta terapéutica debe ser expectante. Manejar clínicamente según protocolos específicos. Mamas hipoplásicas: En la mayoría de los casos son fisiológicas y requieren conducta expectante. Mamas hiperplásicas: Puede deberse a una respuesta anormal de la mama a los niveles de estrógenos circulantes. El gran desarrollo mamario puede asociarse con aislamiento social, depresión y problemas fisiológicos. *Todas estas alteraciones de la mama, según su evolución pueden en ocasiones requerir intervención quirúrgica con fines estéticos y funcional, cuando son sintomáticas y según afecte o no la autoestima de la adolescente. Todas estas alteraciones deben manejarse clínicamente según protocolos específicos.	

Trastorno o patología	Descripción	Recomendaciones para el abordaje	Orientación individual
Ginecomastia	Es el agrandamiento patológico de una o ambas glándulas mamarias en el hombre. Es la patología mamaria más frecuente en el sexo masculino.	<p>Las causas patológicas son múltiples (tumores, trastornos cromosómicos, falla testicular, medicamentosa, otras) Debe ser manejada por especialista y acorde a los protocolos específicos.</p> <p>Debe diferenciarse de la pseudoginecomastia o ginecomastia fisiológica, asociada a la obesidad y que se presenta en la pubertad (10-14 años). En estos casos la conducta es expectante y se debe brindar apoyo emocional y fomento de la autoestima.</p> <p>Se debe manejar clínicamente según protocolos específicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al adolescente, con un lenguaje comprensible cuáles su condición, las consecuencias para su salud y el tratamiento a seguir acorde al diagnóstico realizado. • Informar sobre desarrollo y fisiología de las mamas. • Disminuir el temor al cáncer mamario. • Fomentar el auto cuidado. • Ofrecer apoyo emocional y fomentar adecuada autoestima en el adolescente. • Abordar mitos, prejuicios y estereotipos de géneros relacionados. • Si el adolescente es sexualmente activo referir a consejería en SS/SR, asesoramiento en anticoncepción y prescripción de MAC. (Doble protección-uso de condones)

CUADRO 29. Patologías de escroto, testículos y pene

Trastorno o patología	Descripción	Recomendaciones para el abordaje	Orientación individual
Epididimitis / Orquitis	Inflamación aguda del epidídimo y el o los testículos. Aumento de volumen testicular e inflamación del escroto.	Se asocia a la infección por gonococo, clamidia o ambas, así como a la ocurrencia de traumas y al padecimiento de parotiditis. Se manifiesta con dolor intenso. Indagar presencia o no de secreción uretral y sus características, así como la historia de contacto sexual, sin uso de protección (condón). Se debe manejar clínicamente según protocolos específicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al adolescente, con un lenguaje comprensible cuál es su condición, las consecuencias para su salud y el tratamiento a seguir acorde al diagnóstico realizado. • Informar sobre crecimiento y desarrollo en la adolescencia. • Fomentar el auto cuidado y el auto examen de genitales. • Abordar mitos, prejuicios y estereotipos de géneros relacionados • Fomentar una adecuada autoestima. • Si el adolescente es sexualmente activo referir a consejería en SS/SR, asesoramiento en anticoncepción y prescripción de MAC. (Doble protección-uso de condones)
Hidrocele	Acumulación de fluido en el escroto y el cordón Espermático.	Se caracteriza por una masa quística del escroto, blanda e indolora, que aumenta a lo largo del día. Se debe a la no obliteración del proceso vaginalis que sigue al descenso de los testículos en el canal inguinal. La masa es positiva a la transluminación, lo cual facilita el diagnóstico. Se debe manejar clínicamente según protocolos específicos.	
Varicocele	Es la dilatación de las venas del cordón espermático que drenan a los testículos, las cuales se vuelven tortuosas y alargadas.	En población adolescente puede ser encontrado hasta en un 15%. Se produce por la incompetencia de las válvulas en las venas testiculares, que permite el aumento de la presión hidrostática venosa, con el resultado de tortuosidad y distensión del plexo pampiniforme. Se caracteriza por el escroto aumentado de tamaño, más frecuente del lado izquierdo (90%), generalmente no doloroso. Se asocia a esterilidad masculina. La transluminación negativa facilita el diagnóstico. Se debe manejar clínicamente según protocolos específicos.	
Criptorquidia	Falta de descenso en uno o los dos testículos, se diagnóstica generalmente antes de la adolescencia.	Se caracteriza por el escroto vacío a la palpación, pudiendo ser uni o bilateral. Está asociada a Hipogonadismo hipogonadotrófico. El porcentaje aumenta en adolescentes que tuvieron nacimientos prematuros. Estos casos requieren apoyo emocional y deben ser referidos para ser manejado por especialista, según protocolos específicos.	

Trastorno o patología	Descripción	Recomendaciones para el abordaje	Orientación individual
Anorquia	Ausencia de los dos testículos.	La ausencia testicular puede ser congénita o adquirida por un traumatismo, o por cirugía debido a torsión testicular. A la palpación se detecta el escroto vacío. Estos casos requieren apoyo emocional y deben ser referidos para ser manejado por especialista, según protocolos específicos.	
Fimosis	Estenosis del prepucio que impide la retracción completa para dejar el glande descubierto.	Se caracteriza por la incapacidad para retraer completamente el prepucio. En ocasiones está indicada la realización de la circuncisión. Estos casos deben ser referidos para ser manejado por especialista, según protocolos específicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al adolescente, con un lenguaje comprensible cuál es su condición, las consecuencias para su salud y el tratamiento a seguir acorde al diagnóstico realizado.
Parafimosis	Inflamación o edema del prepucio, que impide el recubrimiento del glande tras su retracción forzada y que produce una constricción o estrangulamiento del glande por el anillo del prepucio que se ha retraído, con riesgo de necrosis del glande, que puede ocasionar su pérdida.	Se caracteriza por la incapacidad para llevar el prepucio sobre la punta del pene. Causa intenso dolor y se acompaña de tumefacción y edema de piel prepucial por detrás del glande, así como cambios en la coloración de la punta del pene que muestra un color rojo oscuro o azulado. Aunque muchas veces pueden ser manejados a través de la reducción manual, en ocasiones requiere manejo quirúrgico. Estos casos deben ser referidos para ser manejado por especialista, según protocolos específicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre crecimiento y desarrollo en la adolescencia. • Fomentar el auto cuidado, la higiene y el autoexamen de genitales. • Abordar mitos, prejuicios y estereotipos de géneros relacionados (Aclarar mitos que vinculan estos problemas del pene a la masturbación) • Fomentar una adecuada autoestima. • Si el adolescente es sexualmente activo referir a consejería en SS/SR, asesoramiento en anticoncepción y prescripción de MAC. (Doble protección-uso de condones).

CUADRO 30. Trastornos en la función sexual

Trastorno	Descripción	Recomendaciones para el abordaje	Orientación individual
Los trastornos en la función sexual son alteraciones que se presentan en algunas de las fases o etapas que comprenden la respuesta sexual humana. Estas son: etapa del deseo, etapa de excitación sexual, etapa de orgasmo y etapa de resolución.	<p>Se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la etapa de deseo (disminución de la libido o deseo sexual) • Trastornos de la excitación sexual (conocidos anteriormente como frigidez en las mujeres e impotencia (disfunción eréctil) en los hombres) • Trastornos orgásmicos (como eyaculación precoz, eyaculación retardada, orgasmo femenino inhibido) • Trastornos del dolor sexual (como dispaurenia, vaginismo) • Fobias sexuales. 	<p>Estos trastornos producen gran preocupación en las y los adolescentes. Pueden estar asociados a factores emocionales y culturales que obstaculizan el disfrute de la sexualidad, produciendo inhibiciones y problemas serios en la autoconfianza y autoestima.</p> <p>Ocurren mayormente en adolescentes "sanos", sin patología de base.</p> <p>Aunque en su mayoría se asocian a factores psicosociales, las causas físicas deben descartarse (Como por ejemplo la disminución en la producción de hormonas sexuales) además considerar la asociación al consumo de medicamentos (antidepresivos), alcohol y otras drogas psicotrópicas.</p> <p>Indagar siempre trauma sexual previo, incluyendo violación o maltrato, ya que pueden asociarse a este tipo de experiencias. En caso de sospecha de violencia o abuso sexual, manejar de forma interdisciplinaria (salud mental) y proceder a la notificación a través de la Dirección del centro de salud a los organismos de justicia (Ministerio Público) y de protección social (CONANI)</p> <p>Estos casos pueden implicar componentes psicológicos y emocionales, por lo que requieren intervención por especialista en sexología y salud mental y ser manejados clínicamente según protocolos específicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la persona adolescente, con un lenguaje comprensible cuál es su condición, las consecuencias para su salud y el tratamiento a seguir acorde al diagnóstico realizado. • Informar sobre la respuesta sexual humana, etapas y características. • Fomentar el auto cuidado y el ejercicio de la sexualidad saludable, placentera, libre de coerción y violencia. • Abordar mitos, prejuicios y estereotipos de géneros relacionados a la respuesta sexual humana y a la sexualidad en general. • Fomentar una adecuada autoestima. • Si la persona adolescente es sexualmente activa referir a consejería en SS/SR, asesoramiento en anticoncepción y prescripción de MAC. (Doble protección-uso de condones)

▪ Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)/VIH.

Las ITS son de alta frecuencia en adolescentes y si bien el principal objetivo es la prevención primaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las ITS pueden evitar las complicaciones que llegan a poner en peligro la vida de las personas adolescentes y su futuro reproductivo. Por lo tanto, en el marco en la atención integral de las personas adolescentes se recomienda realizar una evaluación diagnóstica de ITS/VIH por lo menos una vez por año, como parte de la consulta con enfoque preventivo y en caso de adolescentes que asisten a consulta con síntomas o preocupaciones asociadas a las ITS.

Las recomendaciones para el abordaje de las ITS en adolescentes incluyen los siguientes aspectos:

En todos los y las adolescentes que tengan relaciones sexuales se debe realizar:

- Investigación diagnóstica de ITS/VIH.
- Al realizar la anamnesis el personal de la salud debe tener presente el abordaje de la conducta sexual de la persona adolescente e investigar signos y síntomas asociados a ITS/VIH.
- A las personas adolescentes que lo soliciten o con conductas de riesgo se les debe realizar, previo consentimiento, prueba diagnóstica de infección por VIH.
- Se debe realizar consejería pre y post prueba diagnóstica de infección por VIH, siguiendo las recomendaciones establecidas en los reglamentos y protocolos específicos.
- El diagnóstico y manejo de las ITS/VIH debe realizarse según las reglamentaciones y protocolos específicos. Además, deben ser reportadas para fines de la vigilancia epidemiológica.
- Ante la presencia de una persona adolescente con diagnóstico confirmado de VIH, se debe referir a la unidad de atención especializada en VIH, para su manejo integral y garantizar el acceso a medicamentos antirretrovirales según requerimientos.
- En el caso de las adolescentes embarazadas con prueba de ELISA positiva para VIH deben ser derivadas de forma inmediata, a fin de que reciban tratamiento oportuno y las orientaciones correspondientes enfocadas en prevenir la transmisión vertical del VIH.
- Tener en cuenta las repercusiones emocionales de un diagnóstico de ITS/VIH que pueden consistir en pérdida de la autoestima, sentimiento de humillación, depresión, intentos de suicidio, furia, ataques físicos, celos, negación, aislamiento. Se recomienda interconsulta con personal de salud mental y requerir apoyo psicoterapéutico cuando fuera necesario.
- Asegurar siempre la privacidad y confidencialidad en el abordaje de adolescentes.

Existen más de 30 tipos de ITS, entre las de mayor frecuencia figuran: clamidia, gonorrea, tricomoniasis, candidiasis, chancroide, sífilis, herpes genital, hepatitis B, condiloma acuminado y VIH. A partir de los síntomas y signos, han sido agrupadas para el manejo sindrómico de las ITS (síndrome de secreción uretral, secreción vaginal, ulcera genital y tumores genitales), como herramienta para facilitar el diagnóstico y aplicar el tratamiento de forma oportuna, sobre todo en lugares donde las pruebas de laboratorios y estudios complementarios no están siempre disponibles.

A continuación, se muestra el flujo a seguir para la atención integral de adolescentes, incluyendo la evaluación ante la sospecha de ITS y la consulta en caso o no de síntomas y signos compatibles con ITS.

G. ATENCIÓN A EVENTOS REPRODUCTIVOS EN ADOLESCENTES.

Embarazo, parto y postparto. Los equipos de salud a cargo de atención integral de adolescentes son responsables de la oferta de consulta prenatal y post natal diferenciada en adolescentes y son señalados los siguientes aspectos:

- El personal médico es responsable de la consulta de obstetricia; si el establecimiento de salud dispone de personal médico especializado en obstetricia, este debe asumir la atención de las adolescentes embarazadas e integrarse al equipo interdisciplinario de atención integral de adolescentes.
- La historia clínica de adolescentes debe ser aplicada desde la primera consulta obstétrica, a fin de poner el foco de atención en la adolescente y su desarrollo, además de permitir la evaluación de factores y comportamientos de riesgo.
- Toda situación de adolescente embarazada en que se sospeche violación sexual debe informarse a la dirección del centro de salud a fin de proceder con la notificación correspondiente según lo dispuesto en el Código para el sistema de protección de los derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes (Ley 136-03).

Se recomienda la captación precoz de las adolescentes embarazadas, con participación de la red intersectorial, escuela, comunidad y en particular de los y las adolescentes multiplicadores. Una vez captada por la UNAP, la adolescente embarazada inicia su control prenatal, durante el cual se debe propiciar el involucramiento de la pareja (en caso de tenerla y que se haya descartado violencia) y/o su familia durante todo el proceso de gestación, parto y postparto.

El personal de salud y de apoyo administrativo debe ser instruido a fin de evitar juicios valorativos sobre aspectos del comportamiento moral de las adolescentes embarazadas. Las recomendaciones técnicas en cuanto a la preconsulta, entrevista y el abordaje de las personas adolescentes ya descritas en la sección dedicada a la consulta con enfoque preventivo se deben considerar también durante este tipo de atención, incluido lo concerniente a las garantías de privacidad y confidencialidad.

El flujo de actividades para la atención integral de las adolescentes en estos casos es el siguiente:

FLUJO DE ACTIVIDADES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE EVENTOS OBSTÉTRICOS EN LA ADOLESCENTE



1.1 Captación temprana.

Las recomendaciones para la atención de adolescentes embarazadas enfatizan el beneficio de la captación temprana, a fin de iniciar los chequeos prenatales durante el primer trimestre de la gestación y así reducir los riesgos tanto para la adolescente como para su futuro hijo o hija.

En este sentido, debe tenerse en cuenta que en ocasiones las adolescentes se enfrentan a un embarazo inesperado, no planificado, siendo esta una situación que les puede generar negación o temor ya sea por desinformación o ante la posibilidad de rechazo (de la familia, por ejemplo). Esto conlleva retraso en la búsqueda de la atención médica.

El personal de salud debe desarrollar acciones para la captación temprana, a través de acciones informativas y/o visitas domiciliarias, a fin de orientar sobre la ruta para la atención en estos casos. Para estos fines también se debe articular con los centros educativos y demás instancias comunitarias.

- Incluso durante las consultas generales se debe considerar que, por lo general, las adolescentes y/o acompañantes no expresan el embarazo como motivo de consulta, refieren síntomas vagos que sugieren problemas psicosomáticos. Por lo tanto, el personal de salud debe estar pendiente para identificar signos sugestivos de embarazo, tales como:

- Ausencia de la menstruación: tener presente que en adolescentes que son frecuentes los ciclos menstruales prolongados (oligomenorrea), cansancio, fatiga, aumento de la sensibilidad y tamaño de las mamas, distensión abdominal, náuseas, vómito, mareos, desmayos, aumento de la frecuencia urinaria, cambios en el patrón alimenticio, cambios en el patrón del sueño, disminución del rendimiento escolar y cambios en las relaciones con la familia y el entorno social.
- Ante la sospecha de embarazo, la persona adolescente debe ser referida a consejería.

1.2 Consulta prenatal.

Las acciones de la oferta de consulta prenatal y post natal se realizan tal como especifica el **Reglamento Técnico de la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, el Parto y el Puerperio, 2013**. Los siguientes aspectos reglamentados son complementarios y deben ser aplicados por el personal de salud que atiende adolescentes:

- Explicar el proceso de control prenatal para despejar miedos relativos a la atención, informando de la importancia del control prenatal para ella y su hijo o hija.
- Informar en cada consulta signos y síntomas de alarma que pueden hacer necesario consultas de emergencia.
- Realizar seguimiento de aprendizajes para el autocuidado de su salud.
- Evaluar crecimiento y desarrollo integral y vulnerabilidad psicosocial.
- Evaluar requerimientos nutricionales y orientar sobre dieta adecuada.
- Promover la defensa de los derechos de las adolescentes y sus hijos e hijas.
- Promover la permanencia y/o reinserción a la escuela o capacitación laboral.
- Promover la incorporación a grupos de apoyo, a través de organizaciones de la comunidad.
- Ofrecer consejería sobre anticoncepción y planificación familiar, enfatizando en la prevención del siguiente embarazo.
- Interconsulta y referir según requerimientos.

La atención diferenciada de la adolescente embarazada contempla el abordaje biopsicosocial y el trato digno en el marco de la atención integral en servicios amigables de calidad. Durante los chequeos prenatales, se debe realizar:

- Exploración de riesgos biopsicosociales, con aplicación de historia clínica y herramienta HEAADSSS.
- Evaluación riesgo obstétrico, según protocolos específicos.
- Información a la adolescente embarazada de síntomas y signos de alarma y conductas a tomar en caso de presentarse.
- Seguimiento a riesgos detectados en consultas subsiguientes.

Además, durante cada chequeo prenatal se recomienda:

- Propiciar durante el embarazo la lactancia materna.
- Promover el vínculo temprano de la adolescente con su hijo o hija.
- Promover la integración de la adolescente embarazada y su pareja (en caso de que proceda legalmente y se haya descartado situación de violencia), a las actividades familiares y a su comunidad: escuelas, instituciones barriales, entre otros.
- Realizar control de auto aprendizajes e indicar consejería según requerimientos.

1.2.1. La evaluación de riesgos en la adolescente embarazada.

En toda adolescente embarazada se debe realizar la evaluación de riesgos psicosociales y la evaluación de riesgos obstétricos. Estas evaluaciones se realizarán durante la primera consulta prenatal, con la aplicación de la historia clínica de adolescentes (CLAP/OPS) y la herramienta HEAADSSS se determinarán los riesgos psicosociales siguiendo las recomendaciones técnicas ya señaladas en la sección de la consulta con enfoque preventivo.

Para la evaluación de riesgo obstétrico se aplicará la historia clínica prenatal (CLAP/OPS), instrumento reglamentado para la consulta obstétrica (Ministerio de Salud, 2013); además de los criterios generales de consideración de riesgo obstétrico en todas las embarazadas, se tomarán en cuenta los siguientes indicadores de riesgo de complicaciones en las adolescentes embarazadas.

CUADRO 31. **Indicadores de riesgo de complicaciones en el embarazo**

(Ministerio de Salud, 2009; OPS, 2005)

- » **Edad menor de 15 años y/o con menos de un año desde la primera menstruación (menarquia).**
- » Desconocimiento de la fecha de su última menstruación (indicador de déficit en acciones de autocuidado).
- » Bajo nivel de instrucción o analfabetismo.
- » Pobreza (necesidades básicas insatisfechas).
- » Embarazo no deseado o negado.
- » Ausencia de compañero o sin amparo familiar.
- » Padres separados o ausentes.
- » Tentativa o intención de aborto.
- » Abuso sexual o violación.
- » Rechazo al embarazo y/o decisión de ofrecer al recién nacido en adopción.
- » Internación psiquiátrica, inestabilidad emocional excesiva o tentativa de suicidio.
- » Trabajo pesado.
- » Consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- » Nutrición inadecuada.
- » Dificultad de acceso a los servicios de salud.
- » Acceso tardío al control prenatal.
- » Causas clínico-obstétricas.
- » Adolescente VIH positivo.
- » Adolescente desnutrida, o que no aumentó de peso durante dos consultas.
- » Antecedentes de feto muerto, malformado, aborto, parto prematuro.

Las adolescentes en las que se identifiquen algunas de las condiciones médicas y psicosociales de riesgo, debe ser atendida de manera interdisciplinaria, incluyendo especialista en ginecología y salud mental, además de las interconsultas y referencias a un centro de mayor complejidad según corresponda.

En cada consulta o chequeo prenatal se dará información a la adolescente embarazada, su pareja y/o familiar sobre los síntomas y signos de alarma y qué conductas tomar en caso de que le ocurran. Además, se dará seguimiento a los riesgos identificados previamente. Es decir, que cada cita de control prenatal permitirá evaluar las condiciones biopsicosociales que pueden condicionar alguna situación de vulnerabilidad. En caso de que la pareja de la adolescente sea también un adolescente, debe también valorarse, enfatizando en los componentes psicosociales:

- Es fundamental valorar si la adolescente embarazada o el adolescente embarazador se encuentran asistiendo a un centro educativo, y si esta situación responde o no a exclusión, en cuyo caso debe notificarse al Ministerio de Educación como violación de derechos de la persona adolescente (Ley 136-03). En caso de abandono escolar se deben explorar opciones educativas y/o acceso a capacitación técnico laboral.
- En caso de adolescentes en condición de pobreza, se debe referir a los organismos de protección social.
- Las situaciones que ameriten alguna medida de protección de carácter legal, incluyendo situaciones de violencia, se notificarán a los organismos correspondientes del Conani y del Ministerio Público. En el caso de adolescentes embarazadas menores de 15 años, hay que tener presente que en la mayoría de los casos el embarazo es producto de coerción, violencia o abuso sexual.
- El manejo en cuanto a interconsultas y referencias de las situaciones de riesgo psicosocial se realizará según lo detallado en la sección de la consulta con enfoque preventivo.

1.3 Actividades de IEC individual y grupal.

Durante el embarazo, las adolescentes y sus parejas o familiares recibirán información y orientación a fin de apoyarles en los procesos relacionados al embarazo, incluida la preparación para el parto y para asumir el rol de la maternidad y paternidad.

Las actividades de IEC, al igual que las ofertadas en el contexto de una consulta en personas adolescentes no embarazadas, se realizan

CONTENIDOS PRIORITARIOS A ABORDAR DURANTE LAS ACTIVIDADES DE IEC EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

- » Sexualidad y Reproducción humana.
- » Derechos de la persona adolescente. Derechos sexuales y derechos reproductivos. Derechos en el contexto de la atención en salud. Reconociendo la violencia obstétrica.
- » Mitos, prejuicios, temores y estereotipos de género relacionados al embarazo, parto y post parto.
- » Alimentación, nutrición y embarazo.
- » Signos de alarma durante el embarazo.
- » Ejercicio y embarazo.
- » Proyecto de vida.
- » Maternidad y paternidad, basada en la igualdad de género y la corresponsabilidad en el cuidado de la familia.
- » El proceso del parto. Preparación para el parto.
- » Prevención de un siguiente embarazo. Anticoncepción. Anticoncepción post evento obstétrico.
- » Lactancia materna.
- » Cuidados post natal.
- » Cuidados de la persona recién nacida. Estimulación temprana.

de manera individual y colectiva. Estas actividades se deben enfocar en promover el autocuidado y el empoderamiento de la adolescente embarazada y del adolescente embarazador, si es el caso.

Las actividades de IEC se desarrollarán durante la etapa prenatal, el parto y post parto, así como el seguimiento de aprendizajes para el autocuidado de su salud, considerándose como prioritario el abordaje de la prevención de un siguiente embarazo y la anticoncepción.

La intervención individual es realizada de forma integrada a las actividades de la preconsulta y la consulta médica, y es dada por el personal de enfermería y el personal médico, de forma directa a través del conversatorio y en respuesta a los riesgos identificadas y a las necesidades de información de la persona adolescente. También se realiza a través de la entrega de material impreso y/o audiovisual.

La actividad de IEC grupal está dirigida a todas las adolescentes embarazadas y abarca varios contenidos que se desarrollarán en diferentes sesiones, de aproximadamente una hora, a impartirse en el centro de salud, ya sea antes o después de la consulta. Estas sesiones estarán a cargo de un personal con entrenamiento. En este espacio se propiciará, además, la formación de grupos de adolescentes embarazadas y de adolescentes embarazadores.

En el recuadro se muestran los contenidos prioritarios a trabajar en las actividades de IEC. Sin embargo, el personal de salud debe basarse en las necesidades e interés de cada grupo en particular con el que se trabaja.

1.4 Consejería, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva.

Durante las actividades de IEC, tanto individual como grupales, o durante los chequeos prenatales pueden identificarse adolescentes con necesidades especiales de asesoramiento en temas específicos o que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad. En estos casos las personas adolescentes (embarazadas y/o embarazadores, si es el caso) deben ser referidas a consejería, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, a desarrollarse según las pautas ya presentadas en la sección de este documento correspondiente a la consulta con enfoque preventivo.

1.5 La atención integral del evento obstétrico con prevención de un siguiente embarazo.

La atención del evento obstétrico ya sea que se trate de un parto o un aborto se realiza tal como establece el *Reglamento Técnico de la Atención de la Mujer durante el Embarazo, el Parto y el Puerperio (Ministerio de Salud, 2013)* y los *protocolos específicos*. Sin embargo, deben tenerse presente los siguientes aspectos reglamentados que son complementarios y deben ser aplicados por el personal de salud que atiende adolescentes:

Atención al parto:

- Llegado este momento las adolescentes habrán tenido acceso a intervenciones de educación y consejería específica respecto al parto, aclarando dudas, mitos y temores.

- El personal de salud de la UNAP debe garantizar una referencia formal a las adolescentes, posibilitando su acceso a los servicios de 2do o 3er nivel de atención, según corresponda cada caso en particular. Así mismo, debe haber una efectiva contrarreferencia que asegure el regreso de la adolescente y del recién nacido al servicio de salud de origen, trayendo toda la información necesaria para el seguimiento y notificación del equipo de salud.
- Durante el trabajo de parto se debe brindar apoyo emocional a la adolescente y asegurar el respeto de su privacidad y pudor en un contexto de cuidados maternos respetuosos, humanizados y evitando cualquier manifestación de violencia obstétrica. Se debe promover, además, que en la labor de parto y el puerperio inmediato la adolescente se encuentre acompañada por alguna persona de su confianza.
- En las adolescentes las intervenciones dirigidas a la atención integral del evento obstétrico incluyen la prevención de un siguiente embarazo, previa consejería y consentimiento informado. Todas las adolescentes durante el proceso prenatal habrán participado en acciones de consejería y asesoramiento en anticoncepción, incluyendo la anticoncepción inmediata post parto o postaborto, a fin de reducir las oportunidades perdidas en anticoncepción.

Atención integral del aborto.

- En todas las adolescentes que se diagnostique un aborto en curso o incompleto se debe tener presente la prevención de un siguiente embarazo no planificado y ofrecerle consejería específica para la anticoncepción inmediata post evento obstétrico.
- Tener presente que el aborto puede o no ser informado por la adolescente como motivo de consulta, para el manejo en caso de aborto considerar la evolución clínica del mismo y manejar según protocolos específicos.
- Es indispensable el manejo interdisciplinario en caso de aborto. Las acciones de asistencia al aborto por niveles de atención variarán de acuerdo con el personal disponible para la intervención. Debe considerarse la referencia al nivel correspondiente cuando no existe capacidad resolutoria, para evitar mayores complicaciones y muerte.
- Toda adolescente con un cuadro de aborto requiere apoyo psicológico y debe ser referida a psicología para estos fines.

1.6 Consulta puerperio/postparto-postaborto.

Es imprescindible orientar a las adolescentes antes de recibir el alta, tanto después del parto como después del aborto, en relación con los signos de alarma durante el puerperio, a fin de evitar morbilidad y muertes maternas.

El personal médico debe asegurarse al dar el alta por el aborto, de que la adolescente entiende la importancia de su seguimiento en la consulta. Informar a la adolescente sobre la reaparición de las menstruaciones,

reanudación de la actividad sexual y necesidad de anticoncepción para prevenir un siguiente embarazo no planificado, en caso de no haber recibido la anticoncepción inmediata durante el postaborto. Las adolescentes que no reciban la anticoncepción postaborto inmediato deben ser referidas a consejería y asesoramiento en anticoncepción.

En caso del postparto, se debe igualmente explicar a la adolescente la necesidad de la consulta puerperal, que debe ser a la semana del parto, en el lugar de atención de origen, con una adecuada contra referencia.

Esta consulta está a cargo del personal médico y de enfermería, según los procedimientos contemplados en los protocolos específicos. Siempre se debe realizar el examen físico y reforzar cuidados higiénicos, cuidados del recién nacido, apoyo a la lactancia materna, la corresponsabilidad materna y paterna en el cuidado de la familia y la prevención de un siguiente embarazo no planificado, en caso de no haber recibido la anticoncepción inmediata post parto. Las adolescentes que no recibieron anticoncepción post parto deben ser referidas a consejería y asesoramiento en anticoncepción.

1.7 Consulta de seguimiento y acompañamiento de la maternidad y la paternidad de adolescentes.

El equipo de salud debe ofertar un espacio de trabajo interdisciplinario que facilite la atención de la madre y del padre adolescente, así como a su hijo o hija, hasta el primer año de vida, a fin de asistir los procesos biopsicosociales y culturales que la maternidad y la paternidad determinan.

Es fundamental promover la igualdad de género y la corresponsabilidad materna y paterna en el cuidado de la familia. En el marco de las actividades de IEC, se recomienda generar un espacio grupal de intercambio de pares con abordaje interdisciplinario, donde se desarrollen contenidos a partir de la demanda de las personas adolescentes que son madres o padres, para el abordaje de temas de interés que faciliten el asumir sus nuevos roles, a la vez que trabajan su proyecto de vida centrado en su desarrollo integral. Entre los temas a tratar en este espacio, se recomienda el abordaje de los siguientes contenidos: desarrollo del hijo o hija, lactancia, inmunizaciones, sexualidad, fomento del empoderamiento, relaciones familiares, prevención de violencia, desarrollo integral y proyecto de vida, mitos y estereotipos de género en relación con el cuidado familiar, entre otros.

Es recomendable, además, indicar consejería al adolescente padre, acompañando el proceso de sobre adaptación necesario para asumir el rol de la paternidad, para lo cual el adolescente no está emocional ni socialmente preparado

El control periódico de la madre, del padre y su hijo o hija, debe establecerse con seguimiento biopsicosocial, incluyendo seguimiento a la anticoncepción, para prevenir un siguiente embarazo no planificado.

C. ATENCIÓN A LA MORBILIDAD EN PERSONAS ADOLESCENTES.

El equipo de salud es responsable de ofertar atención integral a las personas adolescentes que la demanden debido a alguna morbilidad. En estos casos se seguirán las recomendaciones para el abordaje de adolescentes, en cuanto a la recepción, entrevista, aplicación de historia clínica, valoración psicosocial, examen físico completo, consejería e intervenciones de educación para la salud, pruebas y exámenes complementarios, diagnóstico, plan de intervención y registro de datos.

Para la atención de la morbilidad en adolescentes, el personal de salud se guiará por las reglamentaciones y protocolos específicos, según la patología o evento mórbido, incluyendo la realización de las interconsultas y referencias de lugar, siguiendo los procedimientos específicos establecidos para cada caso.

Siempre se debe orientar a la familia sobre la situación de morbilidad diagnosticada, previo consentimiento de la persona adolescente, para contar con su apoyo en el manejo de dicha situación.

Las consultas de control son fundamentales en caso de morbilidad y deben ser indicadas como parte del plan de intervención, a fin de garantizar la continuidad en la atención.

Las personas adolescentes que presenten trastornos de salud mental deben ser evaluadas inmediatamente y ser referidas para su manejo por el equipo de salud mental y/o el especialista en psiquiatría, según corresponda y de acuerdo con los protocolos específicos.

En caso de adolescentes con signos de alerta, riesgo o intento suicida se debe considerar una situación de emergencia y debe canalizarse su referencia inmediata al especialista. En el recuadro se muestran signos de alerta e indicadores de riesgo de suicidio.

Todos los y las adolescentes que acuden a un establecimiento de salud **por morbilidad, deben ser atendidos en el servicio para adolescentes y ofertársele una atención integral.**

CUADRO 31. **Signos de alerta e indicadores de riesgo de suicidio.**

Tomado de: Normas nacionales para la atención integral de adolescentes. Ministerio de salud, 2009. República Dominicana.

Signos de alerta-riesgo de suicidio	Indicadores de riesgo inminente de suicidio
<ul style="list-style-type: none"> » Ansiedad severa. » Retracción social. » Caída en el rendimiento escolar o laboral. » Disfunción familiar. » Rechazo por orientación sexual diversa. » Enamoramiento melancólico. » Deficiencia mental leve o moderada. » Enfermedades crónicas en el/la adolescente o en su familia. » Enfermedad terminal o muerte en familiares cercanos. » Profunda insatisfacción con el cuerpo. » Historia de maltrato físico o de abuso sexual. » Abuso de alcohol y/o consumo de drogas. » Intento de suicidio previo. » Ideación y/o planes suicidas. » Disponibilidad del agente suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> » Plan o ideación suicida. » Intentos previos. » Historia de desajustes. » Contexto suicida (amigo o familiar). » Consumo de estimulantes. » Ocupar una posición periférica en el contexto familiar y/o social. » Enojo y/o frustración. » Depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Abad J. M. (2006) *Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en jóvenes, basados en el trabajo con la comunidad y la familia, con enfoque de género*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/OPS. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/>
2. Advisory Committee on Immunization Practices. (2011) *Immunization schedules for persons age birth through 18 years*. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/vaccines/>
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. (2008) *Achieving Quality Health Services for Adolescents*. Pediatrics. 2008; 121: 1263. Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/>
4. Asociación Pro Bienestar de la Familia/PROFAMILIA (2013) *Protocolos y procedimientos para la atención integral a la salud de las y los adolescentes*. República Dominicana: PROFAMILIA. Recuperado de: <http://profamilia.org.do/>
5. Barinas, I. (2012) *Adolescentes y embarazo. Una aproximación a la realidad juvenil, a partir del estudio del significado y las implicaciones del embarazo en adolescentes, según género y contextos socioculturales en la República Dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana. Recuperado de: www.msp.gov.do
6. Barinas, I. y Flores, M (Eds.) (2011). *Plan Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes República Dominicana*: Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención Embarazo en Adolescentes. Recuperado de: <http://pronaisa.org.do/>
7. Barker G, Ricardo C y Nascimento M. (2007) *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/OMS. Recuperado de: www.who.int/gender/documents
8. Benavente, R. & Cristina, M. (2007). *Construyendo Derechos. Talleres de conversación para adolescentes*. Santiago, Chile: FLACSO. Recuperado de: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/>
9. Berlan, H.; Corliss, A.; Field, E. et al (2010) *Sexual orientation and bullying among adolescents in the growing up today study*. J Adolescents Health Off Publ Soc Adolesc Med, vol. 4, n° 46, pp. 366-71, 2010. Recuperado de: <http://www.adolescenthealth.org/Topics-in-Adolescent-Health>
10. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR & Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS (2010) *Sistema Informático del Adolescente. Historia Clínica del Adolescente y formularios complementarios. Instrucciones de llenado y definición de términos*. Uruguay: Publicación Científica CLAP/SMR 1579. Recuperado de: <http://perinatal.bvsalud.org/>
11. Caja Costarricense de Seguro Social (2015) *Manual Técnico y de Procedimientos para la Atención Integral de las Personas Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Costa Rica.
12. Caja Costarricense de Seguro Social (2014) *Manual de Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas Adolescentes*. Costa Rica.

-
13. Centro de Estudios Sociales y Demográficos /CESDEM (2014). *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2013*. República Dominicana: Ministerio de Salud Pública/MSP. Recuperado de: <http://msp.gob.do/documentos/>
-
14. Cochrane Collaboration (2010). *Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Review*. New York: John Wiley&Sons.
-
15. Comisión Guttmacher-Lancetsobre salud y derechos sexuales y reproductivos (2018) *Acelerar el avance salud y derechos sexuales y reproductivos para todos*. Informe de la Comisión Guttmacher-Lancetsobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Recuperado de: www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights
-
16. Comité de Consensos Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia F.A.S.G.O (2016) *Consenso de Ginecología Infanto-Juvenil*. Recuperado de: www.fasgo.org.ar/
-
17. Defensoría del Pueblo, Venezuela (2013) *Cartilla Derechos Sexuales y Reproductivos*, UNFPA. Caracas: Fondo de Población de la Naciones Unidas/UNFPA. Recuperado de: <http://venezuela.unfpa.org>
-
18. Family Health International/FHI (2011) *Estrategias de Intervención que dan Resultado para los Jóvenes Resumen del informe de fin del 1 programa ENFOQUE en Adultos Jóvenes*. Arlington, EE.UU.: FHI, Programa Youth Net. Recuperado de: <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/>
-
19. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/UNICEF (2017) *Revisión sistemática de protocolos nacionales para la atención a sobrevivientes de violencia en la niñez en los países de América Latina y Caribe*: Informe de política de OPS/UNICEF
-
20. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2013). *Informe del Estado de la Población Mundial*. New York: UNFPA. Recuperado de: <http://www.unfpa.org/>
-
21. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2016). *Estándares de calidad para mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en América Latina y el Caribe*. New York: UNFPA. Recuperado de: <http://www.unfpa.org/>
-
22. González- Trivelli, M. (2007) *Adolescentes y Orientación sexual: Algunas herramientas para el pediatra*. En: Vargas, N. *Pediatría Diaria para el Bicentenario*. Santiago, Chile.
-
23. Instituto Mexicano del Seguro Social (2015) *Diagnóstico y Tratamiento de Epididimitis en Niños y Adolescentes. Evidencias y recomendaciones*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de: www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/
-
24. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs and World Health Organization/WHO (2011). *Planificación familiar. Manual mundial para proveedores: Orientación basada en la evidencia desarrollada gracias a la colaboración mundial*. Baltimore: WHO
-
25. Kirby, D. 2007. *Emerging Answers, Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy

-
26. Maddaleno, M.; Morello, P.; Infante, F. (2003): *Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: Desafíos para la próxima década*. Revista Salud Pública México 2003; 45 supl 1:S 132-S139.
-
27. Mazur et al. (2018) *Assessing youth-friendly sexual and reproductive health services: a systematic review* BMC Health Services Research (2018) 18:216. Recuperado de: <https://doi.org>
-
28. Ministerio de la Protección Social de Colombia & Fondo de Población de las Naciones Unidas/UNFPA (2008) *Servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Bogotá. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital>
-
29. Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2008) *Servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Ministerio de la Protección Social de Colombia & UNFPA.
-
30. Ministerio de Salud de Chile (2012). *Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes*. "Control Joven Sano". Santiago, Chile: Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/>
-
31. Ministerio de Salud de Chile (2015). *Consejería en salud sexual y salud reproductiva para adolescentes*. Santiago, Chile: Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/>
-
32. Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2010). *Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Argentina: Recuperado de: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/>
-
33. Ministerio de Salud de Perú (2013) *Plan nacional multisectorial para prevención de embarazo en adolescentes 2013-2021*. Gobierno de Perú: Ministerio de Salud. Recuperado de: <ftp://www.unfpa.org.pe>
-
34. Ministerio de Salud Pública (2016) *Protocolo de Atención para el Manejo Integral del Embarazo, el Parto y el Puerperio en Adolescentes Menores de 15 Años*. República Dominicana: Ministerio de Salud Pública/MSP.
-
35. Ministerio de Salud Pública (2016) *Protocolo de Atención para el Manejo de Consejería y Asesoría en Anticoncepción para Adolescentes Integral del Embarazo, el Parto y el Puerperio en Adolescentes Menores de 15 Años*. República Dominicana: Ministerio de Salud Pública/MSP.
-
36. Ministerio de Salud Pública (2015) *Reglamento Técnico de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva*. República Dominicana: Ministerio de Salud Pública/MSP.
-
37. Ministerio de Salud Pública (2012) *Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana*. República Dominicana: Ministerio de Salud Pública/MSP.
-
38. Ministerio de Salud Pública (2011) *Guía para promover alianzas: Programa nacional de Adolescentes y Sociedad Civil, en el marco de la participación comunitaria y el fortalecimiento de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes*. República Dominicana: Programa Nacional de Atención Integral a la salud de los y las Adolescentes/ PRONAISA.

-
39. Ministerio de Salud Pública (2009) *Normas nacionales para la atención integral de adolescentes*. República Dominicana: Programa Nacional de Atención Integral a la salud de los y las Adolescentes/ PRONAISA.
-
40. Ministerio de Salud Pública (2008) *Guías de actuación para el equipo de la UNAP en los servicios del primer nivel de atención*. República Dominicana Ministerio de Salud Pública.
-
41. Ministerio de Salud Pública (2006) *Guía de Atención Integral de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención*. República Dominicana: Programa Nacional de Atención Integral a la salud de los y las Adolescentes/ PRONAISA.
-
42. Ministerio de Salud Pública (2009) *Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención*. Uruguay: Ministerio de Salud Pública.
-
43. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014) *Salud de adolescentes. Guía de Supervisión*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normalización-MSP. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/>
-
44. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2009) *Normas y procedimientos para la atención integral de adolescentes*. Quito: Ministerio de Salud Pública. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/>
-
45. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2012) *Adolescencia. Manual Clínico*. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Recuperado de: www.mspbs.gov.py/documentacion/
-
46. Minnesota Health Improvement Partnership, Minnesota Department of Health (2006) *Sample HEADSSS Questions (Long Form)*. Recuperado de: <http://www.health.state.mn.us/youth/providers/headssslong.html>
-
47. Montero, A. & González, E. (2010). *Principales consideraciones bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 75(4), 272-277.
-
48. Oficina Nacional de Estadísticas (2011) *Informe IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010*. República Dominicana: Oficina Nacional de Estadísticas/ONE. Recuperado de: <http://sicen.one.gob.do/>
-
49. Olavarría, J. (2005). *Sexualidad, fecundidad y paternidad en varones adolescentes en América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: FLACSO/UNFPA y Red de masculinidades. Recuperado de: <http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/>
-
50. Organización Mundial de la Salud/OMS. (2015) *Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria incluido un instrumento para evaluar el componente de salud y desarrollo de los adolescentes en la formación previa al servicio de los proveedores de atención sanitaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/>
-
51. Organización Mundial de la Salud/OMS (2014). *Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década. Resumen*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/>

-
52. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia / OPS; UNFPA & UNICEF (2018) *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica* (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/OPS. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments>
-
53. Organización Panamericana de la Salud/OPS (2016) *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países*. Washington, D.C.: OPS; Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments>
-
54. Organización Panamericana de la Salud/OPS (2016) Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. *Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. Volumen 1: Normas y criterios*. Washington, DC: OPS. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments>
-
55. Organización Panamericana de la Salud/OPS (2016) Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. *Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. Volumen 2: Guía de aplicación*. Washington, DC: OPS. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments>
-
56. Organización Panamericana de la Salud/OPS (2013). *Familias Fuertes: programa familiar para prevenir conductas de riesgo en adolescentes. Una intervención para padres y adolescentes entre 10 y 14 años*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/OPS. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments>
-
57. Organización Panamericana de la Salud (2010). *Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/OPS. Recuperado de: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments>
-
58. Organización Panamericana de la Salud (2005) IMAN servicios: *Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/OPS. Recuperado de: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments>
-
59. Organización Panamericana de la Salud. *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. (2001) Organización Panamericana de la Salud/OPS. Recuperado de: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments>
-
60. Organización Panamericana de la Salud (2001) *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/OPS. Recuperado de: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments>
-
61. Pan American Health Organization (PAHO) / World Association Sexology (WAS) (2000). *Promotion of sexual health: Recommendation for action*. Washington, DC. Recuperado de: <http://www.paho.org/derechoalaSSR>
-
62. Pantelides Edith. (2008) *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*. Argentina: Centro de Estudios de Población. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/>

-
63. Pasqualini, D. y Llorens, A. (Eds.) (2010) *Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral*. Organización Panamericana de la Salud/OPS: Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/>
-
64. Pérez, E.; Miric, M.; Vargas, T. (2011) *Embarazo en adolescentes: ¿Una realidad en transición?* República Dominicana: Asociación Pro Bienestar de la Familia/Profamilia. Recuperado de: <http://profamilia.org.do/>
-
65. Programa Nacional de Atención de Adolescentes (2010) *Guías para abordaje de la atención integral de salud de adolescentes en el primer nivel de atención*. Uruguay: Ministerio de Salud Pública. Recuperado de: msp.gub.uy/sites
-
66. Programa Nacional de Atención de Adolescentes (2010) *Implementar servicios de atención a la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud*. Uruguay Ministerio de Salud. Recuperado de: <http://www.msp.gub.uy/sites>
-
67. Ramos, S. (2011) *Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes: Comentario de la BSR* (última revisión: 1 de agosto de 2011). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/rhl/adolescent/>
-
68. Rubio-Garay, F. et al (2017) *Prevalencia de la violencia en el noviazgo: una revisión sistemática*. Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers, 2017. Vol. 38(2), pp. 135-147. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es>
-
69. Schutt-Aine, J.; Maddaleno, M. (2003) *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/OPS. Recuperado de: <http://new.paho.org/hq/documents>
-
70. Secretaría de Salud, México (2015) *Prevención, detención, y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones*. México: Secretaria de Salud. Recuperado de: www.cenetec.salud.gob.mx
-
71. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (2015) *Guía de atención al adolescente*. Granada: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Recuperado de: www.samfyc.es/
-
72. Sociedad Española de Infectología Pediátrica y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (2015) *Guía de Práctica Clínica para el abordaje integral del Adolescente con infección por VIH*. España. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/>
-
73. Society for Adolescent Health and Medicine (2013) *Recommendations for promoting the health and well-being of lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents: a position paper of the society for adolescent health and medicine*. J Adolesc Health Off Publ Soc Ado, vol. 4, nº 23, pp. 205-13, 2013. Recuperado de: <http://www.adolescenthealth.org/Topics-in-Adolescent-Health/LGBT-Health.aspx>
-
74. Speizer I.; Magnani R.; Colvin C. (2003) *The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence*. J Adolesc Health. 2003 nov; 33 (5): 324-48. Recuperado de: <http://www.adolescenthealth.org/Topics-in-Adolescent-Health/>

-
75. Steinberger, J., Aaron, S. & Kelly, PhD. (2008). *Challenges of Existing Pediatric Dyslipidemia Guidelines; Call for Reappraisal*. *Circulation*; 117, 9-10: American Heart Association. Recuperado de: <http://circ.ahajournals.org/>
-
76. United Nations Population Information Network (UNPOPIN) (1994). *Report of the international conference on population and development* (Cairo, 5-13 September 1994). UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs. Recuperado de: <http://www.un.org/popin/>
-
77. Vivo, S.; López- Peña, P.; Sadric, D. (2012) *Salud Sexual y Reproductiva para Jóvenes: Revisión de evidencia para la prevención*. Banco Interamericano de Desarrollo/BID. Recuperado de: <http://www.fcomci.com/sites/default/files/>
-
78. World Health Organization/WHO (2012) *Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Geneva: WHO. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/>
-
79. World Health Organization/WHO (2009) *Quality Assessment Guidebook: A guide to assessing health services for adolescent clients*. Geneva: WHO. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/>
-
80. World Health Organization/WHO. (2006) *Quality of care. (Making, A Process F O R Choices, Strategic Systems, I N Health)*. Geneva: WHO. Recuperado de: <http://www.who.int/>



ANEXOS

ANEXO 1

INDICADORES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE PERSONAS ADOLESCENTES

INDICADORES DE PROMOCIÓN.

1. Número de actividades promocionales de la salud integral de adolescentes realizadas.
2. Comisión intersectorial e interinstitucional para promover la salud integral de adolescentes, formada y funcionando.
3. Plan Estratégico para promover el desarrollo y la salud de los y las adolescentes elaborado.
4. Diagnóstico integral de los y las adolescentes elaborado cada cinco años.
5. Número de acciones realizadas que procuran la existencia de ambientes seguros y sanos para los y las adolescentes.
6. Número de Intervenciones dirigidas a las familias con hijos e hijas adolescentes desarrolladas.
7. Número de grupos de autoaprendizaje para adolescentes organizados.
8. Número de grupo de adolescentes multiplicadores formados y activos.
9. Número de grupos de autoaprendizaje para adultos (madres, padres, tutores, líderes comunitarios, entre otros) organizados y funcionando.
10. Número de adolescentes que recibieron consejería.

INDICADORES DE PREVENCIÓN.

1. Número de establecimientos de salud con oferta de atención integral, integrada y diferenciada para adolescentes.
2. Número de adolescentes que recibieron una evaluación de su crecimiento y desarrollo.
3. Número de adolescentes que recibieron una evaluación nutricional.
4. Número de adolescentes que recibieron una evaluación del estado de sus inmunizaciones.
5. Número de adolescentes que recibieron una evaluación acerca de la satisfacción y/o los conflictos relacionados con su familia.
6. Número de adolescentes que recibieron una evaluación acerca de la satisfacción y/o los conflictos relacionados con su escolaridad.
7. Número de adolescentes que recibieron una evaluación de su red social.
8. Número de adolescentes que recibieron una evaluación sobre factores de riesgo y protección relacionados a sexualidad.

9. Número de adolescentes que recibieron una evaluación diagnóstica sobre ITS/VIH.
10. Número de adolescentes que recibieron una evaluación acerca de comportamientos de riesgos relacionados a violencia, incluyendo abuso sexual.
11. Número de adolescentes que recibieron una evaluación acerca de comportamientos de riesgos relacionados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
12. Número de adolescentes que recibieron una evaluación acerca de comportamientos de riesgos relacionados a depresión y suicidio.

INDICADORES DE ATENCIÓN.

1. Porcentaje de adolescentes atendidos por morbilidad.
2. Porcentaje de adolescentes atendidos según diagnóstico.
3. Porcentaje de adolescentes atendidos en consulta de anticoncepción.
4. Porcentaje de adolescentes atendidos en consulta prenatal.
5. Porcentaje de adolescentes atendidos en consulta postnatal.
6. Porcentaje de adolescentes atendidos por aborto y con prevención siguiente embarazo.
7. Porcentaje de adolescentes atendidos en consulta de seguimiento por aborto.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO.

1. Porcentaje de adolescentes atendidos en consultas de seguimiento.

EDUCACION		NIVEL No escolariz. <input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>		GRADO CURSO	AÑOS APROBADOS	PROBLEMAS EN LA ESCUELA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	AÑOS REPETIDOS Causa _____	DESERCIÓN EXCLUSIÓN no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Causa _____	EDUCACION NO FORMAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____		
Observaciones											
TRABAJO		ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca 1° vez <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> desocupado	EDAD INICIO TRABAJO años	TRABAJO horas por semana	HORARIO DE TRABAJO mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/>	RAZÓN DE TRABAJO económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>	TRABAJO LEGALIZADO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	TRABAJO INSALUBRE si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRABAJO _____		
Observaciones											
VIDA SOCIAL		ACEPTACIÓN aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	NOVIOS si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	AMIGOS si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD GRUPAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	DEPORTE horas por semana	TV horas por día	OTRAS ACTIVIDADES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? _____			
Observaciones											
HABITOS		SUEÑO NORMAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION ADECUADA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DÍA <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA <input type="checkbox"/>	TABACO cigarrillos por día	EDAD INICIO TABACO años	ALCOHOL equivalente a litros de cerveza por semana	EDAD INICIO ALCOHOL años	OTRO TOXICO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Frecuencia y tipo _____	CONDUCE VEHICULO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____
Observaciones											
GINECO-URROLOGICO		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION No conoce <input type="checkbox"/> no consp. <input type="checkbox"/> años meses <input type="checkbox"/> día mes año <input type="checkbox"/>	CICLOS REGULARES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	DISMENORREA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	FLUJO PITUILOGICO/ SECRECIÓN PENEANA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____	EMBARAZOS HIJOS <input type="checkbox"/> ABORTOS <input type="checkbox"/>				
Observaciones											
SEXUALIDAD		RELACIONES SEXUALES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Necesita información <input type="checkbox"/>	NO PAREJA hetero/homo <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/>	PARTEJA pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	EDAD INICIO REL. SEX. años <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS EN REL. SEX. no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCION siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	CONDON siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ABUSO SEXUAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Observaciones											
SITUACION PSICOEMOCIONAL		IMAGEN CORPORAL conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás <input type="checkbox"/>	AUTO PERCEPCION bien <input type="checkbox"/> alago <input type="checkbox"/> mal <input type="checkbox"/> nervioso <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> fóbico <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>	REFERENTE ADULTO padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/>	PROYECTOS DE VIDA confuso <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/>						
Observaciones											
EXAMEN FISICO		PESO (Kg) Centil percentil <input type="checkbox"/>	Centil percentil <input type="checkbox"/>	PIEL Y FANERAS normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CABEZA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUDEZA VISUAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUDEZA AUDITIVA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	BOCA Y DIENTES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	GUELLO Y TIROIDES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		
TORAX Y MAMAS		CARDIO-PULMONAR normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PRESION ARTERIAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	ABDOMEN normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	GENTIO-URINARIO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TANNER mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>	VOLUMEN TESTICULAR Det. cm ³ <input type="checkbox"/> Det. cm ³ <input type="checkbox"/>	COLUMNA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	NEUROLOGICO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
Observaciones											
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA INTEGRAL											
INDICACIONES E INTERCONSULTAS											
Responsable _____ Fecha próxima visita _____											

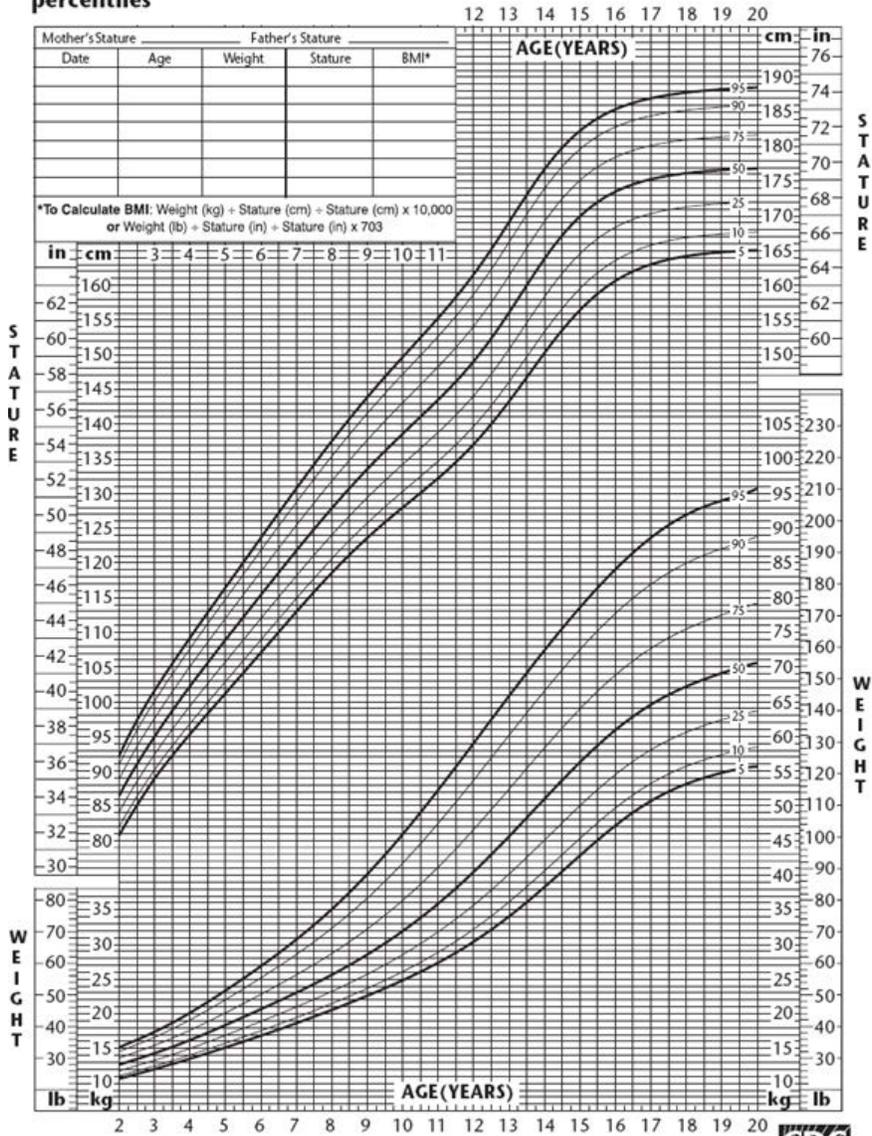
Figura 1b - Reverso de la Historia del Adolescente (HdA). Se completan aquí los datos de la Consulta Principal iniciada en el anverso. Notar los casilleros de color amarillo que indican posibles situaciones de riesgo aumentado.

ANEXO 3 HERRAMIENTAS PARA EVALUACIÓN CRECIMIENTO Y DESARROLLO

2 to 20 years: Boys Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____



Revised and corrected November 28, 2000

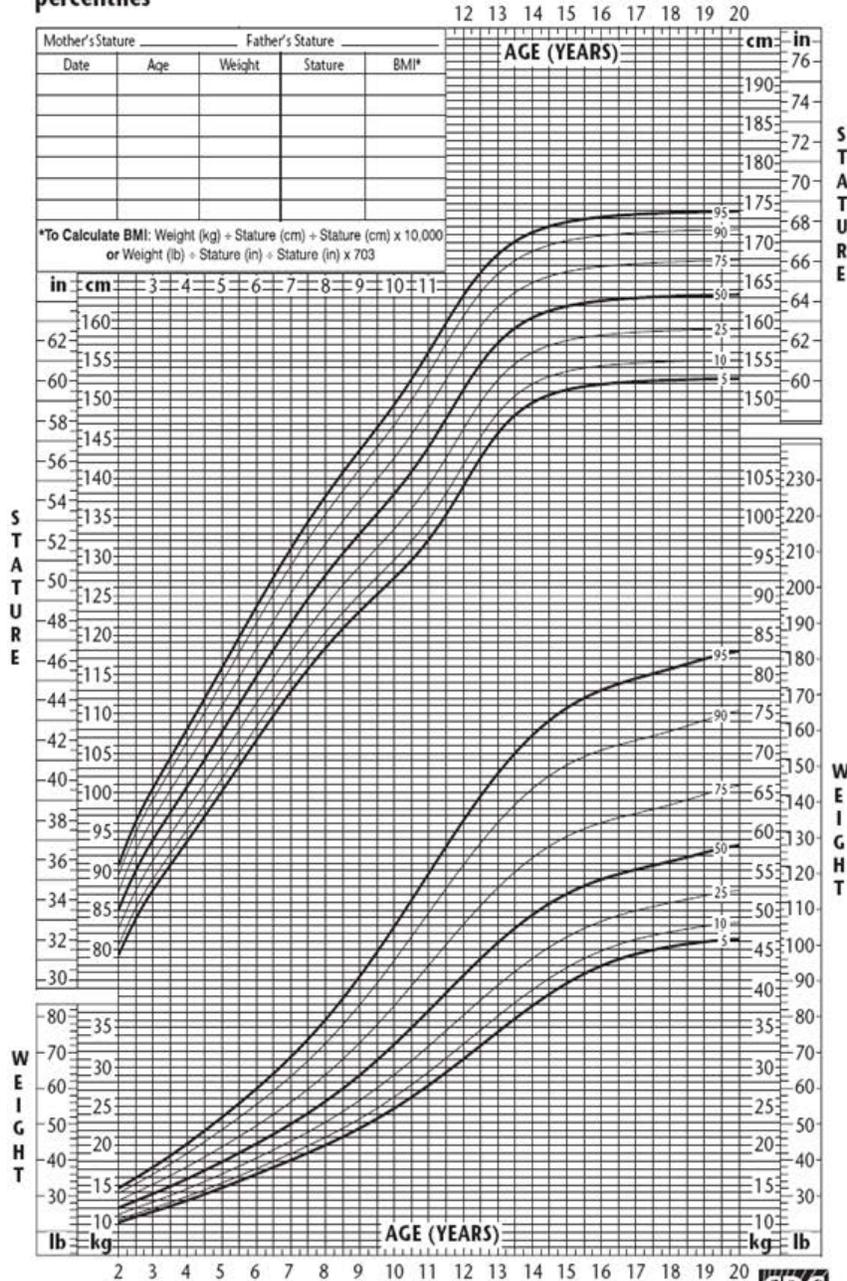
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>



2 to 20 years: Girls
Stature-for-age and Weight-for-age
percentiles

NAME _____

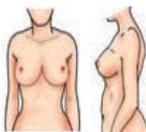
RECORD # _____



Revised and corrected November 28, 2000 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>



ANEXO 4 EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN SEXUAL: ESTADIOS DE TANNER

<p>Vello de tipo adulto en forma de triángulo de base superior, extendiéndose a la región superior interna de muslos</p>		<p>Glándula mamaria adulta con retorno de areola a la superficie glandular, quedando formado el pezón</p>	<p style="text-align: center;">V</p>
<p>Vello adulto en calidad y cantidad, pero de topografía menos extendida</p>		<p>Elevación de la areola y el mamelón formando una prominencia con relación al resto de la glándula</p>	<p style="text-align: center;">VI</p>
<p>El vello más oscuro y espeso se extiende sobre el monte de Venus y ligeramente sobre el pubis</p>		<p>Crecimiento visible del seno, con tejido glandular palpable. Pigmentación del mamelón y la areola</p>	<p style="text-align: center;">III</p>
<p>Crecimiento de vello largo y pigmentado o levemente rizado en labios o monte de Venus</p>		<p>Aparición del botón mamario primario y alargamiento de areola</p>	<p style="text-align: center;">II</p>
<p>Aspecto infantil</p> 		<p style="text-align: center;">I</p>	<p style="text-align: center;">I</p>
 <p>Vello recubre el escroto y se extiende hacia la cara interna de los muslos y hacia la línea alba</p>	 <p>Testículo: V: 20-25 ml. DM: 5 cm. Pene: tamaño definitivo</p>	<p style="text-align: center;">V</p>	
 <p>El vello más grueso y rizado invade el área del pubis, sin llegar al estado adulto</p>	 <p>Escroto: Crecimiento y pigmentación más marcada hasta el estado adulto Testículo: V: 12-15 ml. DM: 4,1-4,5 cm. Pene: Crecimiento en longitud y diámetro. Desarrollo del glande</p>	<p style="text-align: center;">VI</p>	
 <p>El vello es más oscuro, grueso y rizado y se extiende sobre el pubis</p>	 <p>Escroto: Crecimiento y pigmentación oscura. Testículo: V: 8-10 ml. DM: 3.3-4 cm. Pene: Crecimiento en longitud</p>	<p style="text-align: center;">III</p>	
 <p>Algunos vellos ubicados en la base del pene, largos, ligeramente pigmentados, lacios o levemente rizados</p>	 <p>Escroto: Crecimiento con piel delgada, laxa, elástica, rosada, transparente. Testículo: V: 4-6 ml. DM: 2.5 a 3.2 cm. Pene sin cambios.</p>	<p style="text-align: center;">II</p>	
 <p>Vello púbico ausente</p>	 <p>Testículos V: < 3 ml. DM: < 2.5 cm.</p>	<p style="text-align: center;">I</p>	

V = Volumen, DM = Diámetro mayor

ANEXO 5 VALORACION TAMAÑO TESTICULAR. USO DEL ORQUIDOMETRO DE PRADER



ANEXO 6 AUTOEXAMEN TESTICULAR



- » De pie frente a un espejo y busque signos de inflamación.
- » Sostenga los testículos con una mano y sienta a cada uno con la otra mano
- » Palpe los testículos con el pulgar y el dedo, buscando cualquier bulto. Es normal sentir una estructura suave como un cordón en la parte superior y posterior de cada uno de los testículos. Los bultos deben ser revisados por un profesional. Pueden ser tan pequeños como un grano de arroz y lo bastante firme como de goma dura. También chequea las áreas donde sientas dolor.



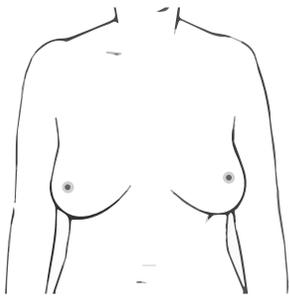
ANEXO 7 AUTOEXAMEN DE MAMA

PASOS DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS

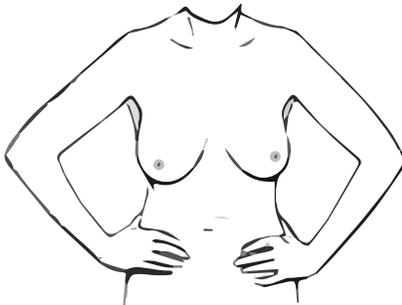
PRIMERO MIRO Y OBSERVO:

1. Desvestida hasta la cintura, con los brazos a los lados del cuerpo, me paro frente al espejo y miro mis mamas cuidadosamente, observando cualquier cambio en ellas como:

- » Abultamientos
- » Durezas
- » Hundimientos
- » Zonas arrugadas



4. Luego pongo mis manos en las caderas y hago fuerza con los brazos, llevando los codos y los hombros hacia el frente. En esta posición observo posibles cambios en la piel o desviación de los pezones.



2. Ahora levanto los brazos y observo mis mamas de frente y de lado, girando levemente mi cuerpo de un lado a otro.



3. Con una mano, levanto la mama contraria, de tal manera que pueda ver su parte inferior y vuelvo a observar detenidamente. Repito con la otra mano.



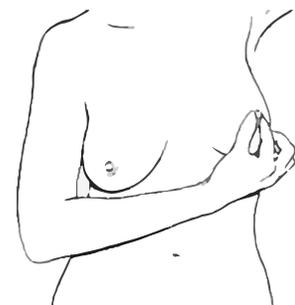
LUEGO PALPO MIS MAMAS

Uso la mano derecha para palpar la mama izquierda y viceversa. Utilizo las yemas de los tres dedos del medio, manteniéndolos derechos.

5. Palpo el hueco axilar buscando bultos.



6. Aprieto suavemente el pezón para observar si hay alguna pérdida de líquido con sangre.



Tomado de: www.njgsnica.blogspot.com

ANEXO 8

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE USO EN LOS SERVICIOS DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. REPÚBLICA DOMINICANA

Métodos reglamentados y ofertados en la Redes de servicios (Ministerio de Salud, 2015):

1. Métodos anticonceptivos temporales:

1.1 Métodos de Barreras:

- Condón masculino
- Condón femenino

1.2 Hormonales:

- Anticonceptivos de uso regular:
Píldoras: Orales combinadas, orales de progestágenos (mini píldoras),
Inyectables: Inyectables hormonales trimestral e Inyectables hormonales mensual
Implantes: Implantes sub dérmicos
- Anticoncepción de emergencia

1.3 Dispositivo intrauterino: DIU

1.4 Métodos naturales (NO RECOMENDADOS PARA ADOLESCENTES):

- Método de lactancia y amenorrea (MELA)
- Anticoncepción basada en el conocimiento del ciclo hormonal.

2. Métodos anticonceptivos permanentes (no recomendados en adolescentes)

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina

Fuente: Reglamento técnico para la atención integral en salud sexual y salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública, 2015.

ANEXO 9

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CARACTERÍSTICAS Y PAUTAS ESPECÍFICAS PARA LA ASESORÍA A PERSONAS ADOLESCENTES.

Métodos anticonceptivos, características y pautas específicas según método para la asesoría en anticoncepción a personas adolescentes

Elaborado a partir de las recomendaciones de la Guía de Atención de los y las adolescentes en el marco del manejo adolescente y sus necesidades (IMAN) en el Nivel Primario de Atención. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) y los Criterios de elegibilidad para el uso de Anticonceptivos de la OMS (2015)

MÉTODOS	VENTAJAS/ DESVENTAJAS	RIESGOS	EFECTOS SECUNDARIOS	BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS	PAUTAS PARA LA ASESORÍA
MÉTODOS HORMONALES Píldoras- Anticonceptivos orales (ACO) Combinados (Estrógenos +progestágenos) Monofásicos/ trifásicos. Progestágenos solo.	Deben tomarse a una misma hora. Si se toman adecuadamente son muy efectivos. No interfieren con la relación sexual. Los ACO de progestágenos solos, pueden usarse en algunas condiciones (Diabetes, enfermedad fibroquística, lactancia) Mitos y temores sobre el uso de las hormonas.	Complicaciones cardiovasculares y encefálicas, hipertensión arterial, tromboembolia (especialmente en fumadoras)	Aumento de peso, cefaleas, trastornos menstruales, tensión mamaria, cambios de humor, sequedad ocular, náuseas y mareos. Amenorrea con progestágeno.	Protegen contra enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), cáncer de ovario y endometrio, quistes de ováricos. Mejorar el dolor menstrual, disminuyen el sangrado menstrual, los quistes benignos de mama y mejoran el acné.	<p>En el caso de los ACO:</p> Enfatice que cualquiera de los anticonceptivos orales “bien usados” son altamente efectivos, es decir, sin olvidar ninguno y tomados a la misma hora todos los días que le corresponden Informe que sus efectos se modifican en presencia de cuadro de vómitos y diarrea, uso de medicamentos y hábito tabáquico. En caso de aborto, informe que el día del aborto debe ser considerado como el primer día del ciclo e iniciar anticoncepción hormonal. Enseñe, acorde al tipo de anticonceptivo oral que usa, qué hacer en caso de olvido de una píldora (Ver algoritmo) y advierta que puede presentar en esta situación sangrado irregular escaso <p>Para todos los hormonales:</p> Promueva el uso de doble protección, pues los ACO no protegen contra ITS/VIH. Recomiende abandonar el hábito de fumar pues incrementa el riesgo de problemas cardíacos y circulatorios, así como evitar el abuso de alcohol durante el uso de anticonceptivos hormonales porque puede disminuir su efecto y aumentar la toxicidad hepática. Explique signos o síntomas que requieren atención médica por lo que deberá consultar: <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado vaginal abundante o más prolongado de lo habitual - Dolores de cabeza intensos que comienzan o empeoran con el uso del anticonceptivo hormonal - Dolores torácico, abdominal o en miembros inferiores que impiden la marcha (claudicación intermitente) - Pérdida breve de la visión con o sin dolor de cabeza - Aparición de coloración amarillenta de piel o mucosas - Sospecha de embarazo ante síntomas sugestivos del mismo (especialmente ectópico, es decir, se desarrolla fuera del útero) Recomiende la doble protección. Desmonte, con base científica, los mitos y temores con relación al uso de los métodos hormonales.

MÉTODOS	VENTAJAS/ DESVENTAJAS	RIESGOS	EFECTOS SECUNDARIOS	BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS	PAUTAS PARA LA ASESORÍA
<p>INYECTABLES Progestágenos 150mg IM, cada 3 meses. Progest/Estrog, Una vez al mes.</p>	<p>Los inyectables facilitan el uso, pero no garantizan la continuidad en el uso del método. Ofrece privacidad, alta aceptación y eficacia. Mitos y temores sobre el uso de las hormonas.</p>	<p>Los inyectables no presentan riesgos reconocidos.</p>	<p>Amenorrea con progestágeno inyectables e implantes y sangrados irregulares con inyectables combinados.</p>		
<p>IMPLANTES Progestágenos, duran 5 años</p>	<p>Los implantes facilitan el uso, pero no garantizan la continuidad en el uso del método. Fácil uso y larga duración. No interfieren con las relaciones sexuales. No interfieren con la lactancia, recomendados para postparto. Requieren colocación y ser extirpados por personal entrenado. Mitos y temores sobre el uso de las hormonas.</p>	<p>Infección en el sitio del implante</p>			
<p>MÉTODOS MECÁNICOS: Dispositivo Intra uterino (DIU)</p>	<p>Fácil uso, ofrece privacidad. Alta eficacia. Larga duración (Hasta 10 años según el tipo de DIU). No interfiere con el coito, ni con la lactancia materna. Requiere colocación y ser extirpados por personal entrenado. Puede colocarse de preferencia durante la menstruación, pero si se está seguro de que no hay embarazo. Se puede hacer cualquier otro día. También puede colocarse postparto, trans cesárea y post aborto, siempre y cuando no exista la presencia de infecciones pélvicas. Mitos y temores sobre el uso del DIU.</p>	<p>Riesgo mayor de EIP. Riesgo de: perforación uterina, secuelas en la fertilidad, embarazos ectópicos, anemia.</p>	<p>Dolores menstruales. Mayor sangrado menstrual e intermenstrual.</p>	<p>No conocidos, excepto los que liberan progesterona que disminuyen el sangrado y el dolor menstrual.</p>	<p>Informe sobre la asociación del uso de DIU y riesgo mayor de EIP y enfatice en la prevención de infecciones a través de la doble protección, evitando la multiplicidad de parejas sexuales. Explique signos o síntomas que requieren atención médica por lo que deberá consultar: - Mancharos o sangrados anormales (pueden producir anemia) - Amenorrea (la falta de menstruación puede significar embarazo) - Flujo vaginal anormal (puede significar enfermedad pélvica inflamatoria) - Fiebre o escalofrío (puede significar infección). - Desaparición de los hilos (puede significar que el DIU ha sido expulsado o está mal colocado) - Dolor abdominal severo y constante (puede significar infección del útero o DIU mal colocado) Recomiende la doble protección. Desmonte, con base científica, los mitos y temores con relación al uso del DIU.</p>

MÉTODOS	VENTAJAS/ DESVENTAJAS	RIESGOS	EFECTOS SECUNDARIOS	BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS	PAUTAS PARA LA ASESORÍA
MÉTODOS DE BARRERA: Condón o preservativo femenino/masculino	El condón masculino: Fácil de usar y efectivo cuando es usado de forma adecuada. Fácil de adquirir, bajo costo. Falta de espontaneidad durante el coito, requiere colaboración de la pareja. Mitos y estereotipos de género asociados al uso del condón masculino.	Ninguno	Alergia Irritación	Protege contra ITS/VIH. Retrasa eyacuación precoz	Enfatice el beneficio del condón, femenino y masculino, para la doble protección, tanto para prevenir embarazos como ITS, incluyendo el VIH. Muestre siempre como debe ser usado el condón, tanto en el caso del masculino como del femenino. No dé por sentado que la persona adolescente sabe usarlo. Puede recomendar el uso de lubricantes a base de agua, nunca vaselina o aceite. Muchos de los preservativos ya traen buena lubricación. Fomente habilidades de negociación con la pareja para el uso del condón, tanto femenino como masculino.
	El condón femenino: Amerita destreza para su uso y efectivo cuando es usado de forma adecuada. Baja disponibilidad, difícil de adquirir, alto costo. Falta de espontaneidad durante el coito, requiere motivación y colaboración de la pareja. Mitos y estereotipos de género asociados al uso del condón femenino.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	No protege contra las ITS/VIH. Aporta excelente nutrición y otros beneficios para infantes en primeros 6 meses de la vida.
MÉTODOS NATURALES: Amenorrea de la lactancia. Método del Ritmo / Billings Coito interrumpido	<u>Amenorrea de la lactancia.</u> Es temporal y solo aplica para una población de mujeres que cumpla los siguientes criterios: primeros 6 meses post parto, en amenorrea y que dan lactancia exclusiva y a libre demanda. Tan pronto cambian estas condiciones hay que usar otro MAC.	Ninguno	Ninguno	Ninguno conocido. No protege contra ITS/VIH.	EXPLIQUE DE FORMA PRECISA, CON BASE CIENTÍFICA, QUE, SI BIEN ESTOS MÉTODOS NO REQUIEREN PRESCRIPCIÓN Y NO TIENEN COSTO ECONÓMICO, SON INSEGUROS, CON ALTO RIESGO DE FRACASO Y NO SON RECOMENDABLES PARA PREVENIR EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. ADEMAS, NO PROTEGEN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUYENDO VIH.
	<u>Método del Ritmo / Billings</u> No requiere prescripción. Debe ser explicado de forma detallada y aplicarse en adolescentes con ciclos menstruales regulares. Requiere mucho control y motivación. Es un método inseguro y de alto riesgo de fracaso.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	
	<u>Coito interrumpido</u> No requiere prescripción. Debe ser explicado de forma detallada y mucho control. Es un método inseguro y alto riesgo de fracaso. Eyacuación precoz y limitado placer durante el coito.				

ANEXO 10. TÉCNICA ACCEDA PARA LA ASESORÍA EN ANTICONCEPCIÓN

Seis Pasos básicos de la asesoría en anticoncepción y prescripción de métodos anticonceptivos, adaptados para el abordaje de personas adolescentes.

(Tomado y adaptado de la Estrategia ya validada y recomendada como efectiva por Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs and World Health Organization, 2011)

A	Atender e informar a la persona adolescente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tan pronto como salude a la persona adolescente y a su pareja si está presente, préstele toda su atención. ▪ Salude, preséntese y ofrézcale asiento. Sea cortés y establezca un clima de confianza. ▪ Pregunte por qué ha venido a consulta, en qué la puede ayudar: solicitar información, obtener un método anticonceptivo, comunicar acerca de un problema con un método. ▪ Aclare que toda la información que se va a tratar es confidencial y que usted no contará a nadie lo que le diga, a menos que haya peligro para la vida o por razones legales. ▪ Explique en qué consiste la consulta de asesoría en anticoncepción. Oriente sobre los procedimientos, exámenes físicos y análisis clínicos, si corresponde. ▪ Ofrezca la información y orientación en salud sexual y salud reproductiva (SS/SR) con énfasis en el asesoramiento en anticoncepción con base científica, asegurando la privacidad.
C	Conversar, consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la persona adolescente	<p>Converse sobre las necesidades, deseos o cualquier duda que tenga la persona adolescente. Motive a que haga preguntas sobre la prevención de embarazos y la anticoncepción, consulte acerca de sus planes y de posponer la maternidad /paternidad.</p> <p>Consulta de primera vez:</p> <p>Aplique la historia clínica de adolescentes (CLAP-OPS), haciendo interrogatorio, evaluación de riesgo psicosocial y examen físico. Indague los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expectativas con relación a tener hijos o hijas: sí -no. ▪ Antecedentes personales. Antecedentes del crecimiento, desarrollo psicosocial y maduración sexual. Antecedentes ginecológicos, Antecedentes patológicos (enfermedades crónicas). Antecedente de infecciones de transmisión sexual. ▪ Información médica básica: peso, presión arterial, fecha de la última menstruación. ▪ Molestias presentadas por la persona adolescente, tales como: dolor de cabeza, várices, sangrado anormal, otros. ▪ Exámenes realizados: exploración de mamas, revisión ginecológica, citología, toma de cultivos vaginales o uretrales. ▪ Métodos anticonceptivos utilizados actualmente o en el pasado: naturales, de barrera, mecánicos, hormonales. ▪ Evalúe si con la información recolectada la persona adolescente tiene alto riesgo reproductivo. ▪ Investigue el conocimiento de la persona adolescente sobre métodos anticonceptivos y de protección sexual, sobre todo del que sea de su elección. ▪ Explique que usted necesita esta información para apoyarla a elegir el mejor método. Tenga presente que en ocasiones las personas adolescentes desconocen los nombres de las enfermedades o sus condiciones médicas. Pregúntele cómo se siente; esto le ayudará a recordar y a contar sus problemas. <p>Consulta Subsecuente:</p> <p>Pregunte a la persona adolescente si está satisfecha con el método que está utilizando, si ha tenido algún problema o si ha sufrido algún cambio desde la última visita. En caso positivo, actualice la información en el expediente clínico, determine si sus planes para espaciar o limitar los nacimientos son diferentes, ayúdela a evaluar el riesgo de tener un embarazo o embarazos subsecuentes durante la adolescencia. Indague sobre uso de la doble protección, para prevención ITS/VIH.</p>

<p>C Comunicar a la persona adolescente cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Informe sobre los métodos disponibles. Lo que necesitan saber dependerá de los métodos que les interesen y de lo que ya conozcan de ellos como un pase previo a la selección del método de su preferencia. » Comunique a la persona adolescente los métodos de los que dispone para satisfacer sus necesidades anticonceptivas. » Pregunte cuál es el método que le interesa. Pregúntele qué sabe sobre los métodos que le interesan, características, riesgos, efectividad, efectos secundarios, incluida la protección contra la infección por el VIH y otras ITS. Puede que usted descubra que está mal informada o informado. Si es algo importante, corrija el error con amabilidad, usando siempre un lenguaje comprensible. Promueva uso del condón –femenino o masculino– como doble protección para prevenir ITS/VIH. » Describa brevemente todos los métodos que desee conocer. Háblele sobre: quien los puede utilizar, su descripción y efecto, ventajas y beneficios, inconvenientes y posibles efectos secundarios.
<p>E Encaminar a la persona adolescente hacia la elección del método más apropiado.</p>	<p>Para apoyar a la persona adolescente a decidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Pregunte sobre sus planes, necesidades y sus preferencias y la de su pareja. Pregúntele ¿Qué desea su pareja? ¿Qué método desearía utilizar? Pregúntele si hay algo que no comprendió. Repita la información de ser necesario. » Cuando un método no es seguro, no se adapta a sus necesidades o le es contraindicado por razones de salud y de acuerdo con su historia clínica, informe y explique con claridad, luego apoye a elegir otro método. » Indague si la persona adolescente ha tomado una decisión firme. Pregúntele específicamente: ¿Qué método decidió utilizar?
<p>D Describir cómo utilizar el método elegido y que ha sido prescrito por el personal médico</p>	<p>Después que la persona adolescente ha elegido un método:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Si es apropiado, proporcione el método, si no se le puede proporcionar en seguida, oriente acerca de cómo, cuándo y dónde se le proporcionará, proporcione un método temporal. » Demuestre como se usa el método seleccionado, solicítele que repita las instrucciones que ha recibido, escúchele para asegurarse que recuerda las instrucciones y las ha comprendido. » Describa los efectos secundarios posibles y cuanto pueden durar, las señales de peligro; que pueden ser el inicio de un problema o complicación, dígame claramente lo que debe hacer en caso de que se presenten. » Ofrezca material informativo sobre el método para llevar a su casa, cuando se disponga de éstos.
<p>A Acordar con la persona adolescente la visita de seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Informe cuándo debe regresar para la visita de seguimiento. Debe anotarse en su carné o tarjeta de citas la fecha de su próxima visita. » Explique que regrese antes si lo desea o si se presentan efectos secundarios o si tiene preguntas. <p>En la visita de seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Pregunte si está usando el método, si ha surgido algún problema o algún efecto secundario y pídale que los mencione uno por uno, tranquilízala en el caso de efectos menores, diciéndole que no son peligrosos, sugiérale qué puede hacer para aliviarlos. » Compruebe que está usando correctamente el método. Si los efectos adversos no los puede controlar, sugiérale cambio de método, infórmele acerca de los otros métodos, ayúdele a elegir uno teniendo en cuenta los motivos para cambiar de método. » Si presenta muchos efectos secundarios o éstos son graves, refiera a consulta médica específica. » Si se trata de una adolescente que falló en el uso del método y está embarazada explique que la atención prenatal es importante, refiérala a la consulta médica. » Oriente para que antes del parto se informe sobre el método anticonceptivo que va a utilizar, para espaciar los nacimientos, incluyendo la opción de la anticoncepción post evento obstétrico.

Este documento fue elaborado en el marco del “Proyecto de abordaje de la salud integral de adolescentes con énfasis en la reducción de embarazos y mortalidad materna”, ejecutado por el Ministerio de Salud Pública a través del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAISA), coordinado por el Gabinete de Coordinación de la Política Social (GCPS) y financiado con recursos provenientes del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

La revisión, diagramación e impresión de esta Guía contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.



Fondo de Población
de las Naciones Unidas