

GUÍA para la atención INTEGRAL de la SALUD de ADOLESCENTES

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Área Programática de
Adolescencia y Juventud



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



Fondo de Población de
las Naciones Unidas

GUÍA para la atención INTEGRAL de la **SALUD** de ADOLESCENTES

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Área Programática de Adolescencia y Juventud

**ACTUALIZACIÓN
URUGUAY, 2017**



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

AUTORIDADES

Ministro de Salud Pública
Dr. Jorge Basso

Subsecretaria de Salud Pública
Dra. Cristina Lustemberg

Director General de la Salud
Dr. Jorge Quian

Subdirectora General de la Salud
Dra. Raquel Rosa

Adjunto a la Dirección General de la Salud
Dr. Wilson Benia

Asesora Responsable del Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud
Dra. Silvia Graña

La presente guía fue elaborada en el año 2009 por el Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud Pública, en un proceso participativo y colaborativo de un conjunto numeroso de instituciones y personas. En 2016 el material fue actualizado a través de una consulta a las áreas programáticas del Ministerio de Salud (MSP), así como organizaciones y personas externas al MSP. La edición 2009 se realizó con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA y la actual edición con el apoyo de UNFPA y de OPS/OMS.

Equipo técnico a cargo de la elaboración de la Guía en 2009:

Coordinación general: Dra. Mirtha Belamendia - MSP.

Elaboración de contenidos: Dra. Susana Grunbaum (MSP), Dra. Mirtha Belamendia (MSP), Dra. Mariella Bazzano (IM) y Valeria Ramos (UNFPA).

Participaron en los lineamientos de atención por áreas:

Por MSP: Dra. Teresa Picón, Lic. Reneé del Castillo, Ed. Soc. Susana Faller, Dra. Martha Illa, Dr. Jorge Mota, Dr. Pablo Bianco, Dra. Amneris Severino, Lic. Patricia González, Dr. Homero Demichelli, Dr. Patricio López, Dra. Martha Penzo, Dra. Cristina Grela, Obst. Gilda Vera, Dr. Fabián Rodríguez, Dr. Ignacio Mussé, Dra. Alejandra Sosa, Dra. Dora Masetti, Soc. María Luz Osimani, Dra. Jahel Vidal, Dra. Sandra Romano, Dr. Mauricio Ardu, Ed. Soc. Andrea Fabbiani, Br. Giovana Barale.

Por ASSE: Dra. Yeni Hortonedra (RAP/ ASSE), Part. Marisa Figuerola.

Por UNASEV: Dra. Elizabeth Vázquez

Revisión y aportes:

Dirección Departamental de Salud de Colonia - DIGESA - MSP

Unidad de Reversión del Modelo de Atención - URMA - RAP - ASSE

Comisión de Educación Sexual - CODICEN

Unidad Nacional de Seguridad Vial

Economía de la Salud - DIGESE - MSP

Red Atención del Primer Nivel (RAP) - Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)

Infamilia - Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

Programa Adolescentes - Servicio de Atención a la Salud - IMM

Facultad de Medicina - Facultad de Psicología - Facultad de Humanidades y Ciencias - UdeLaR

Comité de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría

Instituciones de Asistencia Médica Colectiva: Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, Casa de Galicia, Círculo Católico de Obreros
Hospital Policial
Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva
Mesa de Diversidad Sexual
Gurises Unidos
Iniciativas Sanitarias
Asociación Uruguaya de Planificación Familiar
Red Uruguaya de Autonomías
Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Montevideo
Asociación de Seropositivo
Junta Nacional de Drogas
Dr. Gerónimo Antúnez, Dra. Stella Cerruti, Dra. Susana Falca, Dra. Diana González Perrett, Dr. Carlos Güida, Dr. Gerardo Martínez, Dra. Laura Oliver, A. S. Mariela Solari, Dr. Pedro Sosa, Mtro. Diego Rossi, Sr. Andrés Urioste, Dra. Laura Viola, Dra. Francisca Cruz (Cuba), Dra. Diana Pasqualini y Dr. Cándido Roldán (Argentina).

ACTUALIZACIÓN 2017:

Coordinación General: Dra. Silvia Graña Báez - Asesora Responsable del Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud, Dirección General de la Salud (DIGESA) - Ministerio de Salud Pública (MSP).
Sistematización: Lic. Psic. Anahí Alarcón, consultoría UNFPA.

Actualización de los lineamientos de atención por MSP:

Área Programática de Salud Adolescencia y Juventud

Dra. Silvia Graña
Dra. Lorena Quintana
Ed. Soc. Andrea Fabbiani

Área Programática Salud Mental

Dr. Ariel Montalbán
Dra. María Porteiro
Lic. Psic. Denisse Dogmanas
Lic. Psic. Carolina Fernández

Consumo de Sustancias

Soc. Agustín Lapetina
Dr. Gabriel Rossi

Área Programática de Niñez

Dra. Claudia Romero
Dra. Gabriela Amaya

Área Programática Nutrición

Mag. Nut. Ximena Moratorio
Mag. Nut. Elisa Bandeira

Área Programática ITS y VIH-Sida

Dra. Susana Cabrera

Área Programática de Cuidados Paliativos

Dra. Gabriela Píriz
Dra. Clara Niz

Área Programática de Salud Bucal

Dr. Ronald Daga

Área Programática Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Ana Visconti

Dr. Rafael Aguirre

Lic. Enf. Florencia Forrissi

Lic. Psic. Agustín Bergeret

Lic. Psic. Cristina Espasandín

Área Programática Violencia de Género y Generaciones

Dra. Irene Petit

Ed. en DDHH Estela de Armas

Lic. Ts. Carla Bellini

Área Programática Salud Ocular

Dra. Judith Uturbey

Área Programática Enfermedades No Transmisibles

Dra. María José Rodríguez

Lic. Psic. Andrea Mazzei

Inmunizaciones

Dr. Carlos Zunino

Dra. Adriana Varela

Dra. Noelia Speranza

Dra. Teresa Picón

División Salud Ambiental y Ocupacional

Dra. Laura Oliver

Dr. Gastón Casaux

Revisión y aportes de instituciones y personas externas al MSP:

Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades.

Lic. Psic. Gonzalo Gelpi.

Facultad de Medicina. Universidad de la República. Unidad de Salud Mental en Comunidad.

Dra. Alicia Canetti

Dra. Ps. Cristina Larrobla

Ministerio del Interior. D.N.AA.SS.

Director Servicio Toxicología.

Prof. Adj. Dr. Antonio Pascale

Núcleo Interdisciplinario en Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (Núcleo ASDER). Universidad de la República.

Lic. Psic. Alejandra López Gómez

Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP)

Comité de Adolescencia

Dra. Ana María Piccone

Dra. Loreley García

UNASEV, Presidencia de la República

Lic. Psic. Lauro Paulette
Lic. Psic. Ileana Poloni Gruler

Secretaría Nacional del Deporte

Dr. Daniel Zarrillo
Lic. Psic. Daniel Ventura
Prof. Arnaldo Gomensoro

Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular

Dra. Cecilia Del Campo
Dr. Mateo Gamarra

Cátedra de Medicina del Ejercicio y Deporte

Dra. Sofía González

Dirección departamental de Salud de Colonia

Dr. Jorge Mota

ASSE

Dra. Mónica Gorgoroso - Área de Salud sexual y reproductiva
Dra. Susana Grunbaum - Dirección de Calidad y Riesgo. Área Adolescencia
Dra. Yeni Hortonedá - RAP-ASSE

Institución Iniciativas Sanitarias

Tec. Andres Urioste

ANEP/CODICEN

Prof. Rita Ferrari
Mtro. Diego Rossi

Mides - Uruguay Crece Contigo

Lic. Ts. Mariela Solari

Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Lic.Psi. Valeria Ramos

AGRADECIMIENTOS

Nuestro reconocimiento y agradecimiento a las instituciones y personas que participaron y aportaron sus conocimientos en ambas ediciones de las guías, sin las cuales no hubiera sido posible contar con este material. Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento a la oficina del UNFPA y de la OPS/OMS en Uruguay por el apoyo recibido.

CONTENIDO

PRÓLOGO	9
INTRODUCCIÓN	10
MARCO CONCEPTUAL	11
A. ADOLESCENCIAS.....	11
B. ENFOQUES TRANSVERSALES	13
MARCO NORMATIVO	19
MARCO POLÍTICO	25
ATENCIÓN INTEGRAL	31
A. CRITERIOS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES	32
ORIENTACIÓN Y ESCUCHA	33
CONTROL DE SALUD	35
HERRAMIENTAS PARA EL CONTROL EN SALUD DE LOS ADOLESCENTES	46
B. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD PARA ADOLESCENTES	48
ROL ASISTENCIAL	48
ROL DE CAPACITACIÓN, EDUCACIÓN Y COORDINACIÓN INTERSECTORIAL.....	48
ROL DE GESTIÓN	49
UBICACIÓN.....	49
RECURSOS HUMANOS	50
PLANTA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES.....	50
ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO	52
AGENDA Y ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA	52
LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN POR ÁREAS	54
INMUNIZACIONES	54
SALUD MENTAL	59
NUTRICIÓN.....	72
ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE	78
SALUD BUCAL	82
SALUD OCULAR	85
SALUD AUDITIVA	88
CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES	91
SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	103
VIOLENCIAS	127
SINIESTRALIDAD	149
BIBLIOGRAFÍA	154
ANEXOS	162

PRÓLOGO

“La adolescencia es una enfermedad que se cura con el tiempo” Esta frase, y es obvio aclarar que esta dirección no la comparte en sentido estricto, tiene sin embargo algo de sabiduría popular. En efecto, esta edad de la vida, difícil de establecer en términos exactos, comporta una serie de cambios, físicos, emocionales, hormonales, conductuales, que hacen que tanto la familia como el equipo de salud y la sociedad en su conjunto, se enfrenten al desafío de entenderlos y –en el caso de la salud– atenderlos con el máximo de los respetos y la comprensión adecuadas.

Considero que esta “Guía para la atención integral de la salud de adolescentes” seguramente facilitará la tarea del equipo de salud. Quiero aquí hacer especial énfasis en la palabra y en el concepto de equipo. En la medicina moderna, prácticamente es imposible que un profesional aislado, cualquiera sea su título, pueda solucionar los diferentes problemas de la salud. En el caso de los adolescentes, este concepto es, si se quiere, más importante aún.

Médicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermería, nutricionistas, profesores de educación física, son importantes para conformar el equipo. Y, fundamentalmente, la familia y la sociedad en su conjunto deben brindar el apoyo necesario para contener esta importante y deliciosa –si es bien vivida– etapa de la vida.

Felicito a todos quienes hicieron el esfuerzo de construir esta guía. Y desde ya les invito a estar atentos a las modificaciones e incorporaciones que deban hacerle en los años venideros ya que los conocimientos en el área de la salud son cambiantes y, con la capacidad que han demostrado, deberán estar atentos a ello.

Dr. Jorge Quián
Director General de Salud

INTRODUCCIÓN

En la elaboración de este documento se reconoce la necesidad de nombrar el masculino y femenino. No obstante, a los efectos de facilitar la redacción y la lectura de la presente guía, se han utilizado fundamentalmente el modo impersonal y el modo masculino.

La inversión en salud para el crecimiento y desarrollo integral de los adolescentes y jóvenes es un derecho reconocido en la Convención de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente y en la Convención Iberoamericana de la Juventud. Además, es una condición necesaria para el desarrollo productivo, justo y solidario del país.

En Uruguay, el Ministerio de Salud Pública asumió un rol fundamental en este sentido al crear en el año 2007 el Programa Nacional de Adolescencia. El mismo trazó las líneas programáticas y acciones necesarias a seguir con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de esta población. Desde entonces y hasta la fecha, muchos son los logros pero muchos más los desafíos.

El objetivo de esta guía es promover la atención integral de la salud de los adolescentes de nuestro país, contribuir a disminuir la variabilidad en las prácticas y la mejora en la calidad de atención. Está dirigida a los profesionales, técnicos y todos los integrantes del equipo de salud que trabajan con adolescentes en todos los niveles de atención, tanto de efectores públicos como privados. Planteada como referencia para el trabajo cotidiano, será utilizada con la flexibilidad necesaria que permita adaptarla tanto a las diferentes realidades adolescentes como a los disímiles espacios de atención a la salud en los diferentes niveles.

La actual guía se enmarca dentro de la Reforma del Sector Salud y en la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que plantean un cambio del modelo de atención en el primer nivel, privilegiando la atención integral y jerarquizando la promoción y prevención.

La guía se compone de tres apartados principales:

- ⑧ El primero incluye el marco teórico conceptual, normativo y político que la sustenta.
- ⑧ El segundo, los criterios para una atención en salud integral de adolescentes.
- ⑧ El tercero plantea los lineamientos para el abordaje de diferentes componentes de la salud.

MARCO CONCEPTUAL

A. ADOLESCENCIAS

La adolescencia es un proceso en permanente construcción y reconstrucción desde diferentes perspectivas y su definición es objeto de debate intra e interdisciplinar. En tanto etapa de la vida, es una construcción sociocultural moderna y occidental que J. P. Barrán¹ ubica en Uruguay a fines del 1800.

En el marco de esta construcción no hay acuerdo sobre la edad de comienzo y finalización. La Organización Mundial de la Salud en 1979, respondiendo a la “necesidad de definir grupos de edad que permitan identificar los requisitos propios de toda investigación epidemiológica o de la programación de los servicios sociales y de salud”, la define como el período que transcurre entre los 10 y 19 años. Se divide en adolescencia primera o temprana de 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 y adolescencia tardía de 17 a 19 años.²

Más allá de las distintas perspectivas y tiempos, la “crisis adolescente” implica cambios biológicos, psicológicos y sociales.

Desde el punto de vista biológico, los procesos de crecimiento y desarrollo son fenómenos simultáneos e interdependientes que tienen características comunes a todos los individuos de la misma especie, lo que los hace predecibles. Este patrón típico emerge de la interacción de factores genéticos y ambientales que establecen el potencial de este proceso y la magnitud con que éste se expresa. Esta etapa de la vida se caracteriza por un aumento importante de la velocidad con que se producen.

Sin embargo, dichos procesos presentan amplias diferencias entre los sujetos, dadas por su carácter individual. Cada adolescente tiene un propio “tempo” que se refleja sobre todo en las variaciones de la edad en la cual se inicia la pubertad, el “estirón” puberal, la edad de la menarquia o espermarquia y en el período de tiempo necesario para completar el crecimiento somático. Asimismo, existen diferencias de tiempos de desarrollo entre varones y mujeres.

1 | Barran, J.P (1999). Medicina y sociedad en el Uruguay del 900. La invención del cuerpo. Ed. Banda Oriental, Montevideo.

2 | Condiciones de salud del niño en las Américas. Publicación N° 381 OPS-OMS 1979.

Si bien existe una variabilidad individual, con el fin de ordenar los principales cambios que caracterizan a cada etapa se presenta el cuadro siguiente:

ADOLESCENCIA TEMPRANA 10 A 13 AÑOS	ADOLESCENCIA MEDIA 14 A 16 AÑOS	ADOLESCENCIA TARDÍA 17 A 19 AÑOS
<ul style="list-style-type: none"> ● Pubertad ● Adaptación al cuerpo nuevo. Imagen corporal ● Pensamiento concreto ● Impulsividad ● Familia-ambivalencia, separación ● Pares-interacción con el mismo sexo ● Influencia de opinión de pares, medios <p>Se desarrollan las características biológicas. Aparecen cambios en el estado de ánimo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se completan los cambios puberales ● Intensa preocupación por apariencia física, influencia del medio sobre la imagen - autoestima ● Pensamiento abstracto ● Pensamiento operativo formal-hipotético-deductivo ● Identidad-personalidad, orientación sexual ● Emocional, fluctuaciones extremas del humor ● Egocentrismo, no sujeto a leyes naturales ● Familia- distanciamiento, conflicto ● Pares, amigos de ambos sexos, grupos de pares, primeros noviazgos <p>Se profundizan los vínculos con el grupo de pares. Se agudiza la confrontación con los adultos. A partir de las primeras relaciones de pareja, que suelen ser de corta duración, se debilitan los lazos afectivos con el grupo; sin dejar de ser éste el espacio privilegiado durante toda la etapa adolescente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Maduración biológica ● Aceptación de la imagen corporal ● Consolidación de la identidad-personalidad, orientación sexual ● Pensamiento operativo formal ● Escala de valores propios y desarrollo moral consolidado ● Familia-acercamiento ● Pares-capacidad de sostener relaciones interpersonales ● Noviazgo, pareja

El proceso ocurrido en esta transformación es un indicador de desarrollo social y un derecho inalienable que debe ser garantizado por el Estado.

Desde la esfera psicosocial, Aberastury y Knobell³ expresan que “en la adolescencia moderna hay 3 pérdidas simbólicas que disparan y modelan el proceso adolescente: la del cuerpo infantil, la de los padres de la infancia y la del mundo social de la niñez”. Todo esto genera inestabilidad momentánea y es punto de partida de la búsqueda de formas de vivir, sentirse y situarse, diferentes a la etapa infantil, cuya experiencia es dejada atrás.

En el contexto actual, “la posmodernidad ofrece una vida “soft”, emociones “light”, todo debe desplazarse suavemente, sin dolor, sin drama, sobrevolando la realidad.

3 | Aberastury A y Knobell M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Ed. País.

Es lícito entonces preguntarse si dentro de ese marco hay lugar para los duelos⁴.

Dada la diversidad que implica esta categoría, la conceptualización se referirá a adolescencias.

El lugar de la familia, de los adolescentes en la misma y de los referentes adultos cuando ésta no está presente, adquiere características particulares que deberán de ser tenidas en cuenta por los equipos de salud.

La familia entendida como construcción sociocultural e histórica, se conforma en diversas modalidades de agrupamiento, convivencia y compromiso. Hoy coexisten familias nucleares, monoparentales, ensambladas, de parejas homosexuales, entre otras, por lo que se hablará de “familias”. Se las visualizará en su rol desde el punto de vista afectivo, vincular y económico. Las familias que puedan cubrir las necesidades humanas fundamentales, promover las capacidades de los adolescentes más allá de su configuración, serán protectoras: sin maltrato o violencia, una familia que pueda apostar a la educación, al acceso al arte y a la diversión, en definitiva, que habilite al desarrollo de sus miembros.

Cada ser es único e irrepetible y así serán por lo tanto sus vínculos intrafamiliares: *“la familia es un contexto relacional (es decir, comunicacional) de producción social, que produce niños, luego adolescentes y finalmente adultos”*.⁵

Según Salazar, *“en la cultura occidental actual, la comunicación entre los adolescentes y sus familias, continúa siendo dominada, como en los tiempos de Romeo y Julieta, por dos grandes temas: la irrupción de la sexualidad y la lucha por la autonomía”*⁶, lo que puede generar contradicciones y ambivalencias.

Quienes trabajen con adolescentes deben estar abiertos a escuchar, entender y acompañar en su diversidad y condiciones de existencia a adolescentes y sus familias. Asumiendo también el derecho que tienen a optar por el acompañamiento de otro referente adulto de su confianza en ausencia de sus familiares.

B. ENFOQUES TRANSVERSALES

El abordaje en la atención integral comprende los enfoques de derecho, género y diversidad. Incluirlos implica ubicar a los adolescentes como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas. Es ofrecer garantías de una atención de calidad amparada en los marcos legales de alcance nacional e internacional y de carácter obligatorio.

4 | Obiols G, Di Segni Obiols S. Adolescencia, posmodernidad y escuela: la crisis de la enseñanza media. 1ª ed. 1ª reimp. Ed. Noveduc. Buenos Aires 2008.

5 | Ibídem

6 | Salazar Rojas, D. El adolescente y la familia. Convivencia y comunicación. En: Medicina de la Adolescencia. Atención integral de Castellano Barca G, Hidalgo Vicario M, Redondo Romero A Ed: Ergón. Madrid. 2004

ENFOQUE DE DERECHOS:

La salud es un bien público, social. Es derecho de la ciudadanía y responsabilidad del Estado, proclamado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y consagrado desde 1946 en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Según el derecho internacional, las obligaciones estatales en materia de salud son de tres tipos⁷: respeto, protección y satisfacción/ cumplimiento.

En el marco de la Convención Internacional de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (CDN) y en el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), se determinan aquellos derechos específicos en relación con la salud de adolescentes. Según el art. N°18 del CNA, se deberá favorecer el desarrollo integral de todas las potencialidades de niñas, niños y adolescentes evitando desigualdades por causa de sexo, etnia, religión o condición social. En determinadas situaciones, el Estado y la sociedad estarán obligados a brindar una atención personalizada.

Asimismo, la CDN ha determinado un nuevo paradigma respecto de la condición jurídica de las personas menores de 18 años. Dejaron de ser visualizadas como mero objeto de tutela familiar y pública y pasaron a ser consideradas como sujetos titulares de derechos y de responsabilidades. Son sujetos en desarrollo, y en forma progresiva van adquiriendo la capacidad de ejercer directamente sus derechos y de ir asumiendo responsabilidades. Estos derechos tienen como contrapartida los correlativos deberes de los profesionales de la salud, quienes deben brindar atención de calidad que asegure el respeto de sus derechos⁸.

La Ley 18.335 de agosto de 2008⁹ establece los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, que comprende a los adolescentes como tales. Entre sus consideraciones establece que tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón, ya sea raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, identidad u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

Es deber del Estado garantizar los derechos de la población adolescente:

1. A la privacidad y respeto por la confidencialidad.
2. A que sus opiniones sean tomadas en cuenta y tengan un peso decisivo en la resolución del asunto que afecte al adolescente.
3. A ser respetados en la evolución de sus facultades.

7 | Observación general No. 14 (2000). Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4.

8 | Guía: Los Derechos de niñas, niños y adolescentes en el área de salud. IDISU. Uruguay, 2012.

9 | <http://www.parlamento.gub.uy/leyes>

1. Derecho a la **privacidad** y respeto por la **confidencialidad**

La confidencialidad se refiere al carácter privilegiado y privado de la información aportada en la atención sanitaria. Según el artículo N°22 del CNA, los adolescentes tienen derecho al respeto de su privacidad y que se guarde secreto profesional, recibiendo una atención de la salud respetuosa y confidencial.

2. Derecho a **ser escuchado y tomado en cuenta (consentimiento)**

Según el art. N°8 del CNA, el adolescente deberá ser oído y de él se obtendrán respuestas cuando se tomen decisiones que afecten su vida. Se debe explicar y pedir permiso antes de intervenir sobre sus cuerpos y sus vidas, garantizando un ámbito y momento propicios para la consulta y tratamiento.

3. Derecho a **ser respetados en la evolución de sus facultades**

Es fundamental considerar el significado de la “**autonomía progresiva**” (art. N°8 CNA), como proceso del desarrollo de las capacidades evolutivas de cada individuo singular que posibilitará el ejercicio pleno de todos los derechos.

Son características de este proceso¹⁰:

- **Adquisición paulatina.**
- **Capacidad de formarse un juicio propio:** habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes, reflexionar y elegir sin que nadie le obligue o manipule.
- **Capacidad de comprender cuáles son las alternativas disponibles:** manifestar una preferencia, formular sus preocupaciones y plantear las preguntas pertinentes.

La autonomía progresiva se traduce en la posibilidad de formarse un juicio propio, poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión.

ENFOQUE DE GÉNERO:

El género, en tanto enfoque y categoría de análisis, es fundamental para la comprensión de los procesos y fenómenos sociales y de salud. Las políticas sanitarias y las reformas de la salud afectan de distinta manera a mujeres y varones.

Transversalizar las prácticas en salud con esta perspectiva se torna ineludible para la promoción de equidad, autonomía y convivencia democrática. La equidad de género

10 | Pérez Manrique, R. Conferencia “Derecho a la Confidencialidad. Marco Legal”. Asociación Internacional Mercosur de Jueces. Montevideo, 2008.

en el ámbito de la salud significa *“la ausencia de disparidades remediables e injustas entre las mujeres y los hombres, que se asocian con desventajas sistemáticas de uno u otro sexo en el contexto socioeconómico. (...) La referencia al ámbito de la salud envuelve varias dimensiones: el estado de la salud, la atención de la salud -uno de los múltiples determinantes de la salud- y los procesos de gestión de la salud.”*¹¹

En la adolescencia es fundamental destacar las diferencias debidas a la construcción social de género. Las mismas se ponen de manifiesto en forma acentuada, cobrando gran impacto en la salud de adolescentes. A modo de ejemplo, desde los estereotipos culturales a menudo se busca un ideal estético que puede provocar sufrimiento (psíquico y físico), afectando mayormente a las adolescentes. Los varones desde un lugar de supuesta superioridad y masculinidad pueden caer en conductas peligrosas: mueren muchos más adolescentes y jóvenes varones que mujeres por causas externas (accidentes, suicidios, homicidios).

Uruguay ha asumido una serie de compromisos a nivel internacional y nacional en este campo. Se destacan la ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y su Protocolo Facultativo; la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Pará); las Conferencias Internacionales sobre Derechos Humanos (Viena, 1993); Población y Desarrollo (Cairo, 1994); Desarrollo Social (Copenhague, 1995); Mujer (Beijing, 1995); contra el racismo y la discriminación racial, xenofobia y las formas conexas de intolerancia (Durban, 2001); la declaración de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, que dieron paso a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo (2013): Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Este último adquiere particular relevancia en tanto establece dentro de sus medidas prioritarias los *“derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes”*¹².

El país cuenta con una serie de instrumentos y marco regulatorio que orientan las acciones a desarrollar en materia de género. Éstas se recopilan en el capítulo de marco normativo.

ENFOQUE DE DIVERSIDAD:

La perspectiva de reconocimiento a la diversidad como inherente a la experiencia humana *“significa que todos somos aceptados como personas humanas, con igual poder para participar en la vida social desde nuestras identidades y modos de vida diferentes”*¹³.

En lo que refiere a la salud, el enfoque de diversidad implica reconocer y atender especialmente los distintos intereses, demandas, necesidades y procesos de salud-enfermedad específicos de las personas. *“Lo diverso incluye la diversidad sexual, étni-*

11 | Organización Panamericana de la Salud. Unidad Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington, D.C: OPS/PALTEX, 2004. Pág. 2.

12 | www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2013/9232.pdf?view=1

13 | PNUD (D´Elia, Y; MAingon, T); “La equidad en el Desarrollo Humano: estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad”, Documento para la discusión, Informe sobre desarrollo humano en Venezuela, Edit. Torino, Venezuela, 2004. Pág. 36

ca, cultural, etc. Integrarlo implica un gran avance hacia la equidad, la convivencia democrática y la justicia social. Pero a la vez implica deconstruir una serie de mitos, estigmas, creencias y prejuicios que sostienen las múltiples discriminaciones así como reconocer y derribar las causas que legitiman y reproducen estos mecanismos en las instituciones en general y en las instituciones sanitarias en particular”¹⁴.

En lo que refiere a diversidad y salud adolescente, la diversidad sexual merece especial atención por las características propias de esta franja etaria, tanto por prácticas sexuales y sociales específicas, como por los problemas de salud causados por el estigma, la discriminación y la exclusión social. Según Espada¹⁵, los adolescentes homosexuales tienen mayor riesgo de depresión respecto a sus pares heterosexuales. Entre las principales causas del fenómeno se mencionan: autoestima baja, miedo a hacer sufrir a seres queridos a causa de su orientación sexual y/o identidad de género, sentimientos de vergüenza y culpa, intentos frustrados de reorientar sus deseos sexuales y temor o tristeza por ser objeto de rechazo social.

“La violencia y/o acoso por orientación sexual y/o identidad de género puede ser ejercido por personas tanto como grupos o por instituciones. La violencia genera efectos en la esfera de lo bio-psico-social en todas las personas que intervienen” (Ruiz, 2009)¹⁶.

El equipo de salud tiene un rol fundamental en este campo, tanto en habilitar la expresión y sentimientos respecto a la sexualidad como en abordar los temas de salud desde una mirada diversa e inclusiva. Se busca prevenir infecciones de transmisión sexual, situaciones de violencia, así como acompañar los procesos de cambio de los adolescentes frente a la construcción de la orientación sexual y de la identidad de género. Cada adolescente presenta un tránsito diferente que podrá estar condicionado por factores del entorno más o menos amigables. En los adolescentes puede ocurrir lo que llamamos “la salida del armario”. Se usa este término para definir situaciones en las que la persona se auto-identifica como gay, lesbiana, bisexual o trans y está en el proceso de contarle a familiares o grupos de pares. Para profundizar la formación se recomienda la lectura de la guía para profesionales de la salud denominada Salud y Diversidad Sexual ¹⁷.

El acompañamiento a los adolescentes en esta etapa debe identificar las redes de sostén que presenta. Algunos adolescentes podrán solicitar apoyo al equipo o al médico de referencia. Un ejemplo puede ser el caso de adolescentes trans que solicitan asesoramiento sobre temas vinculados a la adecuación corporal (hormonización, intervenciones quirúrgicas). Para ampliar en esta temática se sugiere referirse a la Guía Clínica para la Hormonización de personas trans del Ministerio de Salud Pública¹⁸.

14 | DIGESA - DIGESE - ASSE (2008): Documento interno de Directrices y lineamientos en prestaciones en salud sexual y reproductiva, Uruguay.

15 | Espada, J; Morales, A; Orgilés, A y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(2), 31-41.

16 | Ruiz, S. (2009). Diversidad sexual en las aulas. Evitar el bullying o acoso homofóbico. Badajoz: Cuadernos Plural.

17 | Ramos, V., Forrissi, F., Gelpi, G. (2016). Capítulo 1: Nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad: Un lenguaje común. En López, P., Forrissi, F., y Gelpi, G. (comp.). *Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la salud*. Uruguay: Imprenta Rojo S.R.L. Pág. 37 - 38.

18 | Guía Clínica para la Hormonización de personas trans del Ministerio de Salud, Uruguay 2016.

La diversidad étnico-racial toma especial atención en esta franja etaria. La pertenencia étnico-racial es uno de los determinantes sociales de la salud. En particular, en la adolescencia esta dimensión opera como factor de protección, aunque puede condicionar situaciones de vulnerabilidad vinculadas a la discriminación racial.

Se considera que *“mientras raza se refiere a características fenotípicas (...)”*¹⁹ *“etnicidad son las prácticas culturales y perspectivas que distinguen a una comunidad dada de personas. Los miembros de los grupos étnicos se ven a sí mismos como culturalmente diferentes de otros agrupamientos en una sociedad y son percibidos por los demás de igual manera. Hay diversas características que pueden servir para distinguir unos grupos étnicos de otros, pero las más habituales son la lengua, la historia o la ascendencia, la religión y las formas de vestirse y adornarse”*²⁰.

La incorporación sistemática de un enfoque étnico en el diseño de programas, planes y políticas de salud es indispensable para modificar las realidades injustas y evitables. El enfoque étnico se sustenta en principios básicos de equidad, participación social y respeto de los derechos humanos.

La discriminación racial es un factor social que interviene en la constitución de diferenciales de salud entre los individuos. La discriminación en el plano de la salud se opera a través de diferentes formas: dificultades de acceso a los servicios, baja calidad de los servicios disponibles, falta de información adecuada a la toma de decisiones o a través de mecanismos indirectos (estilos de vida, lugar residencia, tipo de ocupación, nivel de ingresos o status de los individuos).

El producto de este proceso de segregación y auto-marginación, genera en sí enfermedad a través de: la producción de mayor estrés en los individuos, las condiciones de vida más severas y dificultades en el acceso a los servicios de salud.

Es necesario considerar que en el proceso identitario del adolescente afrodescendiente entran en juego variables como los sentimientos y la autoidentificación, que atravesados por las consecuencias del racismo, hace que muchos traten de alejarse de su etnia afro (fenómeno llamado de blanqueamiento), ya que pertenecen a minorías o colectivos que conllevan un caudal negativo.

Al mismo tiempo, los espacios étnicos y comunitarios generan pertenencia y protección a los adolescentes: *“En el caso de los afrouruguayos, la familia tanto como los espacios étnicos y comunitarios (asociaciones culturales, religiosas y sociales, etc.) son un fuerte capital social y como tal determinan positivamente la salud. Reivindicamos estos espacios de socialización y difusión de información tanto social como educativa, para poder trabajar en ellos y acercar los mensajes e insumos de salud”*²¹.

19 | Gutierrez Ros, R. Op. cit.

20 | ídem.

21 | OPS. MSP. PP ITS/Sida. Asociación Cultural y Social Uruguay Negro (ACSUN). Percepción sobre las creencias, actitudes y prácticas relacionadas a la salud sexual y reproductiva y a las infecciones de transmisión sexual y el VIH en población afrouruguaya. 2008-2009. Investigación cualitativa.

MARCO NORMATIVO

Este apartado recopila la normativa vigente en que se enmarca el contenido de los diferentes capítulos de la guía. Se incluyen compromisos internacionales, legislación nacional, normativa del sector salud y reglamentación específica de otros sectores involucrados.

NORMATIVA INTERNACIONAL

- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Pará), firmada en 1996.
- Protocolo facultativo de la CDN sobre venta de niños, prostitución infantil y la utilización de niños en pornografía, 2000.
- Conferencia Internacional contra el racismo y la discriminación racial, xenofobia y las formas conexas de intolerancia. Durban, 2001.
- Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional, 2003.
- Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2005.
- Decenio Internacional de las personas Afrodescendientes, 2015-2025.
- Asamblea General de Naciones Unidas, Resolución N° 68/ 237.
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1979.
- Convención Internacional de Derechos del Niño (CDN), 1989 y Protocolos facultativos.
- Conferencia Internacionales sobre Derechos Humanos, Viena, 1993.
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo, 1994.
- Conferencia Internacional de Desarrollo Social, Copenhague, 1995.
- Conferencia Internacional de la Mujer, Beijing, 1995.

NORMATIVA NACIONAL

- Constitución de la República Oriental del Uruguay de 1967.
- Ratificación de la CDN, Ley N° 16.137/1990.
- Código de la niñez y la adolescencia, Ley N°18.823/2004.
- Ratificación de la Convención iberoamericana de derechos de los jóvenes. Ley N°18270/2008.
- Protección de datos personales, Ley N°18.331/2008.

SISTEMA DE SALUD

- Reforma del Sector Salud (Creación del FONASA), Ley N° 18.131/2007.
- Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, Ley N° 18.211/2007.
- Reglamentación sobre habilitación de establecimientos asistenciales, Decreto N°12/2007.
- Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), contiene Programas Integrales de Prestaciones y el Catálogo de Prestaciones, Decreto N° 465/2008.
- Carné de salud adolescente, declarado válido en todo el territorio nacional para adolescentes de 12 a 19 años, Decreto N°295/2009.
- Derechos de Usuarios. Reconoce el principio de autonomía progresiva; incluye el derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva; el derecho al consentimiento informado; derecho a la confidencialidad de la atención, Ley N° 18.335/2008 y Decreto reglamentario N°274/2010.
- Continuidad de cobertura para menores o discapacitados por el SNIS, Ley N°18.731/2011.
- Aprobación del Contrato de Gestión entre la Junta Nacional de Salud y los Prestadores Integrales del SNIS, Decreto N°81/2012.
- Fijación de Cuota Mutual, Decreto N°428/2012.

CONSUMO

- Control y regulación del estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución de la marihuana y sus derivados, Ley N°19.172/2014. Declara de interés público las acciones tendientes a proteger, promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis, que promueva la debida información, educación y prevención,

sobre las consecuencias y efectos perjudiciales vinculados a dicho consumo así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas.

- Atención al Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes. Ordenanza Ministerial N°485 de 5 de julio de 2013 y Ordenanza Ministerial N° 541/2014.

GÉNERO

- Ratificación de la Convención contra todas las formas de discriminación contra la mujer en la Ley N° 15.164/1981 y ratificación de su Protocolo Facultativo por Ley N° 17.338/2001.
- Creación del Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género, Ley 17.514/2002 de Violencia Doméstica.
- Igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y mujeres en la República, Ley N°18.104/2007.
- Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos, entre sus actividades establece la creación de espacios adolescentes desde un enfoque de género y derechos, Decreto N°184/2007.
- Consenso de Montevideo Declara que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos y establece dentro de sus medidas prioritarias los derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Montevideo, 2013.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- Licencia por maternidad. 6 semanas antes y 6 semanas después del parto. Licencia suplementaria por enfermedad: máximo 6 meses, Ley N°15.084/1980.
- Prohibición de la suspensión y despido por motivo de embarazo o lactancia y discriminación por sexo, Ley N°16.045/1989.
- Lactancia materna, Ley N°16.104/1990.
- Gravidéz y cambio de tarea. Toda trabajadora pública o privada que se encontrare en estado de gravidéz o en período de lactancia tendrá derecho a obtener un cambio temporario de las actividades que desempeña, si las mismas, por su naturaleza o por las condiciones en que se llevan a cabo, pudieren afectar la salud de la progenitora o del hijo, Ley N° 17.215/1999.
- Reglamentación del trabajo sexual para personas mayores de 18 años, estableciendo normas sanitarias, locativas, de orden público Ley N° 17.515/2002
- Asesoramiento integral y contención con el objetivo de disminuir los riesgos y los daños del aborto inseguro. Ordenanza Ministerial N°369/2004.

- Derecho de acompañamiento al parto y nacimiento, Ley N° 17.386/2006.
- Derechos sexuales y reproductivos de toda la población: establece entre otras prestaciones, el acceso universal y oportuno a métodos anticonceptivos, Ley N° 18.426/2008.
- Interrupción voluntaria del embarazo. Las adolescentes cuentan con el derecho de interrumpir voluntariamente su embarazo en el marco de las condiciones que establece esta ley y su reglamentación, Ley N°18.987/2012 y Decreto reglamentario N°375/2012.
- Licencia por paternidad: máximo de 13 días a partir del parto en trabajadores dependientes y 10 días en no dependientes, a partir del momento del parto, Ley N°19.161/2013.
- Formularios correspondientes al proceso IVE: Ordenanza Ministerial N°247/2016.
- Modificación del procedimiento IVE: “Los miembros del equipo interdisciplinario deberán entrevistarse con la usuaria en forma conjunta”, Ordenanza N°243/2016.

SALUD MENTAL

- Prestaciones psicoterapéuticas y psicosociales en salud mental para niños, niñas, adolescentes y adultos, Decreto N°305/2011.
- Declaración del Día Nacional para la Prevención del Suicidio indica que las instituciones educativas de carácter público y privado, así como las instituciones públicas que tengan relación con la prevención del suicidio, deberán realizar actividades brindando información calificada y veraz sobre la problemática y su abordaje, Ley N°18.097/2007.

VIOLENCIAS

- Represión del delito de proxenetismo y delitos afines. La misma tipifica las conductas delictivas relacionadas a la prostitución o explotación sexual infantil. Modifica la Ley de seguridad ciudadana (Ley N° 8.080), estableciendo pena mínima para quienes cometan proxenetismo con personas menores de 18 años (anteriormente la edad considerada era 14 años). Penaliza también a quien “con ánimo de lucro, indujera o determinare a otro el ejercicio de la prostitución en el país o en el extranjero”. Ley 16.707/1995.
- Ratificación de la Convención contra todas las formas de discriminación contra la mujer en la Ley N° 15.164/1981 y ratificación de su Protocolo Facultativo por Ley N° 17.338/2001.

- Ratificación de la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (“Convención de Belén do Pará”) (1994). Ley N° 16.735/1996.
- Ratificación de la Convención interamericana sobre tráfico internacional de menores (1994) Ley N° 16.860/1997.
- Ratificación del Convenio N° 182 OIT (1999) Ley N° 17.298/2001.
- Ratificación del Protocolo facultativo contra la venta de niños, prostitución infantil y utilización de niños en la pornografía. Ley N° 17.559/2002.
- Ratificación de la Convención contra el crimen organizado transnacional y su: a) Protocolo para sancionar, prevenir y reprimir la trata de personas, en especial mujeres y niños (2000); y b) Protocolo de las Naciones Unidas contra el contrabando de migrantes por tierra, mar y aire, Ley N° 17.861/2005. Trata, tráfico y migraciones: tipifica las figuras delictivas de Trata y Tráfico. Ley N° 18.250/2008.
- Erradicación de la violencia doméstica y las acciones para tal fin. Entre otras, la atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual y definición del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual. Ley N° 17.514/2002.
- Se define que los delitos vinculados a la explotación sexual comercial son competencia de la justicia penal ordinaria, salvo que sean cometidos por un grupo criminal organizado de tres o más personas y tal cual se define en la ley N° 18.362, en cuyo caso pasan a la órbita de los Juzgados de Crimen Organizado. Ley N° 18.914/2012.
- Modificación del código penal, incorporación de delitos sexuales, Ley N°18.039/1980.
- Violencia sexual comercial o no comercial cometida contra niños, niñas, adolescentes o incapaces, describe las diversas modalidades del delito, Ley N°17.815/2004.
- Comité nacional para la erradicación de la explotación sexual, comercial y no comercial de la niñez y adolescencia. Este comité es presidido por INAU e integrado por MEC, MSP, MI, MINTUR, OPP, OSC, ANEP, IIN, UNICEF . Tiene entre sus principales funciones elaborar un Plan Nacional para la erradicación de la explotación sexual, comercial y no comercial de la niñez y adolescencia por un período no menor a 5 años. Decreto 385/2004.
- Prohibición del castigo físico a niños, niñas y adolescentes, Ley N°18.214/2007.
- Lucha contra la violencia doméstica, Ley N°17.514 y Decretos reglamentarios N°494/2006 y N°299/2009
- Acoso sexual, prevención y sanción en el ámbito laboral y en las relaciones docente - alumno, Ley N°18.561/2009.

- Sistema de protección integral a la infancia y adolescencia contra la violencia (SIPIAV) conformado en 2007, presidido por el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), y conformado además por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio del Interior y la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), contando con el apoyo de UNICEF y PNUD.
- Protocolo de prevención, detección e intervención respecto al maltrato físico, psicológico o social y su aplicación en los centros educativos del país. Determina la realización del mismo, Ley N°19.098/2013.

DIVERSIDAD

- Declara de interés nacional la lucha contra toda forma de discriminación y crea la Comisión Honoraria contra el racismo, la xenofobia y toda otra forma de discriminación, Ley N°17.817/2004.
- Día Nacional del candombe, la cultura afrouruguaya y la equidad racial. Conmemora el 3 de diciembre como el día de celebración anual para la valoración y la difusión de la expresión cultural candombe, la contribución de la población afrodescendiente a la construcción nacional y su aporte a la conformación de la identidad cultural del Uruguay, Ley N°18.059/2006.
- Derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios, Ley N°18.620/2009.
- Ley de cuotas para afrodescendientes. Tiene por propósito promover la equidad racial, así como combatir, mitigar y colaborar en la erradicación de todas las formas de discriminación, Ley N°19.122/2013 y Decreto Reglamentario N°144/2014.

SISTEMA EDUCATIVO

- Ley general de educación, prevé la exoneración de faltas y otras facilidades a las estudiantes embarazadas y/o puérperas, Ley N°18.437/2008. Exoneración de falta a estudiantes que concurren a realizarse el control de salud anual. Acta 40 Resolución 26 /2012, ANEP.
- Protocolo de prevención, detección e intervención respecto al maltrato físico, psicológico o social y su aplicación en los centros educativos del país. Determina la realización del mismo, Ley N°19.098/2013.

MARCO POLÍTICO

En los últimos años, el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de la Salud (DIGESA) ha delineado y desarrollado estrategias y acciones que promueven la salud de los adolescentes.

En un principio y como antecedente de la creación de un programa específico, se propició la participación en proyectos interinstitucionales con el apoyo de las agencias de cooperación internacional, fundamentalmente focalizados en la salud sexual y reproductiva. En la misma línea se publicaron recomendaciones para la atención (MSP, 2003).

En marzo de 2005, la nueva administración en el Ministerio de Salud Pública impulsó la creación del Programa Nacional de Salud Adolescente, con el objetivo de construir una política nacional de salud integral para la adolescencia, basada en principios de universalidad, equidad, accesibilidad, territorialidad y respeto por la diversidad.

En el año 2007 el Programa Nacional de Salud de Adolescencia del MSP, con el objetivo de lograr un trabajo integrado entre los programas de DIGESA, coordinar acciones y promover la intersectorialidad para la atención de adolescentes, lideró junto a la Dirección Nacional de Infamilia del MIDES un cambio en el modelo de atención, implementando espacios diferenciados para adolescentes con un enfoque de “atención integral” según recomendaciones de OPS. Se crearon así los primeros treinta “Espacios Adolescentes” que privilegian la promoción y prevención de salud sobre el modelo asistencialista. Desde entonces se ha ido incrementando el número de estos espacios de atención diferenciada, siendo en la actualidad 108 pertenecientes tanto a prestadores públicos como privados, en todo el territorio nacional. Se trabaja en su normatización con el objetivo de homogeneizar su constitución en cuanto a recursos materiales y dotación de profesionales, lo que contribuye a brindar similares condiciones de atención con calidad homogénea, dentro del SNIS.

Basados en este enfoque y dando respuesta a la necesidad de formación de profesionales de diferentes disciplinas, se elaboran las primeras “Guías para el abordaje integral de adolescentes en el primer nivel de atención” (2009)²². Para el uso de las mismas fueron capacitados más de 400 médicos y otros profesionales y técnicos, integrantes de equipos que atienden adolescentes.

22 | Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Uruguay, 2009. MSP, UNFPA.

La estrategia utilizada para promover el acercamiento de esta población a los servicios de salud es “el control de salud anual”. Se pauta el mismo de forma tal de homogeneizar las prácticas, a través de la utilización de herramientas específicas. Se propone la utilización de la historia clínica del Sistema Informático de Adolescencia (SIA, CLAP-SMR/OPS-OMS) junto con el carné de salud adolescente. Dicho carné, creado por decreto 295/2009, es gratuito y se utiliza desde entonces como único instrumento válido para la certificación de aptitud física, a nivel nacional, debiendo ser solicitado en forma obligatoria en todas las instituciones educativas.

Desde su creación, el Programa trabaja con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adolescentes. Las líneas programáticas pretenden contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud, para que estos sean capaces de brindar prestaciones basadas en el cumplimiento de estándares nacionales, reconocidos y validados.

La Junta Nacional de Salud (JUNASA) cuenta con herramientas para orientar el desempeño de las instituciones de salud, hacia los objetivos planteados por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y las políticas diseñadas por el MSP.

Una de estas herramientas son Metas Asistenciales, por las que cada prestador de salud recibe un pago variable por su cumplimiento según indicadores acordados entre los prestadores y el MSP. A través de las mismas, en lo que se relaciona al Área programática de adolescencia y juventud, se busca impulsar el papel del médico de referencia en el primer nivel de atención. Para ello se ha exigido a cada prestador contar con médicos de referencia para la población adolescente, privilegiando la libre elección de los usuarios.

Se acompañó esta exigencia con la realización de cursos de capacitación para los médicos de referencia en modalidad mixta (presencial/virtual) con el fin de contribuir en la actualización y brindar herramientas para el abordaje integral de los problemas de salud en la adolescencia. De la misma manera se impulsa el uso de la historia clínica del Sistema Informático de Adolescencia (SIA, CLAP-SMR/OPS-OMS). La exigencia de este cumplimiento se incrementa en forma progresiva a lo largo del tiempo, aumentando la cobertura. La figura del médico de referencia promueve un mejor vínculo para la atención longitudinal de esta población. De esta forma se logra la captación, el diagnóstico oportuno e intervenciones tendientes a dar respuesta a las diferentes necesidades emergentes.

El otro componente innovador de las metas asistenciales fue la exigencia de realizar talleres de promoción de salud en instituciones educativas, sociales y/o deportivas. El objetivo de estas actividades fue la prevención de la morbimortalidad evitable. De esta forma se contribuye a que adolescentes y referentes adultos tomen decisión sobre hábitos y conductas a adquirir que favorecen una vida saludable, conozcan los principales problemas de salud en esta etapa de la vida y participen planteando posibles soluciones.

El desarrollo de estas actividades mayoritariamente ha sido responsabilidad de los integrantes del equipo de los Espacios Adolescentes de cada prestador. De esta forma, a partir de diferentes metodologías participativas, se llega a miles de adolescentes con temas de salud, en todo el territorio nacional, con el valor agregado de generar alianzas estratégicas entre educación y salud a nivel territorial.

La meta asistencial es una valiosa herramienta para el área programática, en tanto permite promover el uso de instrumentos comunes, consolidar prácticas y profundizar cambios en los procesos de atención. Es así que se proponen cambios en el diseño de la meta asistencial que apuntan a dar respuesta a las necesidades planteadas en el informe de la OMS 2014. En dicho informe se asevera que "los adolescentes conforman uno de los grupos peor atendidos por los Servicios de Salud existentes(...)" A medida que los países trabajan en pro de la cobertura sanitaria universal en el contexto de la Agenda para el Desarrollo después de 2015, sería importante que este segmento de la población reciba una adecuada atención. Aunque es poco probable que la prestación de servicios de salud "per se" pueda evitar gran parte de las principales causas de mortalidad en la adolescencia, no hay duda de que pueden contribuir de una manera fundamental a atender y tratar los problemas de salud y los comportamientos relacionados con éstos, los cuales son causa de morbilidad durante la segunda década de la vida"²³.

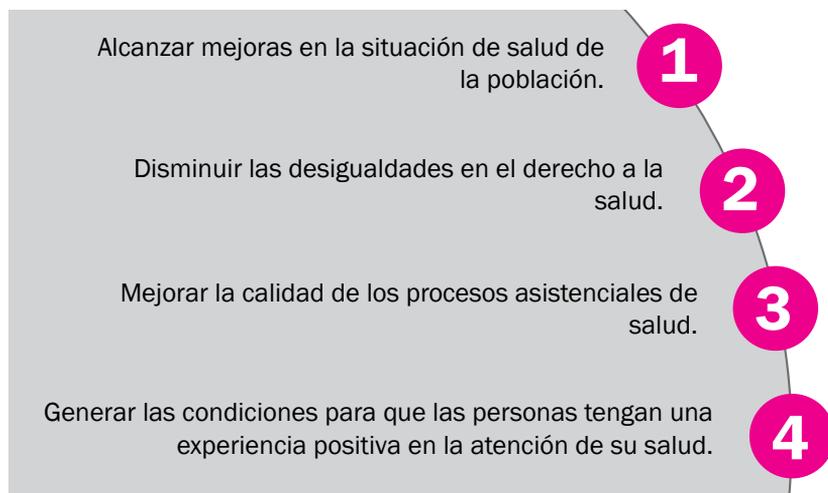
Por lo tanto, en el año 2016 la meta asistencial exigió a cada prestador realizar la caracterización de los adolescentes bajo su cobertura, identificando sus principales problemas y necesidades de salud. Teniendo en cuenta este diagnóstico y según el perfil identificado en su población, se planteó que eligieran dos de los problemas definidos por el MSP como prioritarios, a saber: embarazo no intencional en la adolescencia, consumo problemático de alcohol y de otras sustancias, intento de autoeliminación, sobrepeso y obesidad, siniestralidad vial. Cabe señalar que no se planteó como problema priorizado el tema violencia, dado que se estaba trabajando en un protocolo específico desde el Área Programática Violencia de Género y Generaciones del MSP.

Con estos dos problemas identificados, cada prestador de salud ha elaborado, implementa y desarrolla un protocolo de atención institucional que permite la mejora continua en los procesos de atención. Es así que los prestadores de salud del SNIS presentaron 85 protocolos de los cuales, 25 corresponden a prevención del embarazo no intencional en la adolescencia, 25 a sobrepeso-obesidad, 13 a prevención de Intento de autoeliminación, 11 a consumo de sustancias y 11 siniestralidad vial.

Un hito como la definición de los Objetivos Sanitarios Nacionales, implica al Área Programática de Adolescencia y Juventud establecer sus estrategias para operativizar y articular acciones en concordancia con los mismos. En materia de atención a la salud de los adolescentes, se asume el desafío de disminuir la brecha existente entre los estándares de calidad actuales y los alcanzados en nuestro medio. Para ello se busca avanzar en la implementación de servicios integrados y centrados en los requerimientos de los adolescentes.

23 | Health for the World's Adolescents- a second chance in the second decade Summary World Health Organization 2014.

OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES



En concordancia con los Objetivos Estratégicos (OE), la propuesta de Servicios de Salud Para Adolescentes (SSPA) aporta al cumplimiento del OE 4: “*Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud*” y con la implantación y **acreditación en buenas prácticas** en la atención a la salud adolescente como criterio de **calidad**, se está en línea con el OE 5 que plantea “*avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades*”. Se fortalece así a los prestadores del SNIS, al potenciar **servicios de referencia de atención integral y de calidad para adolescentes**, según las recomendaciones de la 69ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los Servicios de Salud Integrados y Centrados en la Persona.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- 1** Fortalecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo.
- 2** Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad.
- 3** Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida
- 4** Construir una cultura internacional de calidad y seguridad en atención de salud.
- 5** Avanzar hacia una sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades.

En este sentido, la implementación de las buenas prácticas en la atención a la salud adolescente ha sido aprobada por las autoridades del MSP. Se proyecta que a partir del año 2018 las instituciones podrán solicitar, de forma voluntaria, la acreditación en las mismas.

Las buenas prácticas en la atención a la salud en la adolescencia se organizan en un conjunto de 14 prácticas agrupadas en 6 dimensiones, las que serán evaluadas durante el proceso de acreditación. Las mismas se describen en la siguiente tabla:

DIMENSIONES	PRÁCTICAS
D1- Servicio de salud para adolescentes	P1- La institución cuenta con servicios de atención diferenciada para Adolescentes.
D2- Difusión y comunicación	P2- La institución difunde las buenas prácticas de atención a la salud de adolescentes y sus familias.
	P3- La institución difunde las buenas prácticas de atención a la salud adolescente a todos sus recursos humanos.
	P4- La institución difunde las buenas prácticas de atención en todas las instituciones con las cuales mantiene un vínculo intersectorial para el trabajo con esta población.
D3- Desarrollo y gestión de recursos humanos	P5- La institución habilita a los recursos humanos a cumplir con las buenas prácticas de atención a la salud adolescente.
	P6- La institución realiza formación profesional continua en el área adolescencia.
D 4- Adecuación del establecimiento y de los recursos materiales	P7- La institución cuenta con espacio físico e insumos acordes a las prácticas de atención adolescente.
D 5 - Promoción de salud, intersectorialidad y participación ciudadana	P8- La institución realiza acciones de promoción de salud en forma individual, familiar y colectiva, en el establecimiento y fuera de él.
	P9- Los equipos de salud adolescente integran en su práctica acciones de participación adolescente en el establecimiento y fuera de él.
	P10- La institución integra en su práctica acciones de intersectorialidad trabajando en coordinación con otros servicios de la institución e integrantes de las redes intersectoriales.
D 6- Gestión Asistencial	P11- Información poblacional. La institución desarrolla un sistema de información que permite obtener indicadores estructurales, de nivel de salud, de accesibilidad y utilización de los servicios que atienden adolescentes en todos los niveles de atención.
	P12- Accesibilidad - La institución ofrece accesibilidad territorial horaria y administrativa.
	P13- Continuidad de la atención - La dirección técnica y los espacios de salud adolescente elaboran, difunden y evalúan el sistema de referencia contra referencia en los tres niveles de atención.
	P14- Gestión de riesgo - La institución cuenta con flujogramas de gestión de riesgo acordes a las guías y protocolos del MSP. El servicio de salud para adolescentes será quien coordine la tarea, asegurando la continuidad de la atención de los adolescentes que ingresen por su condición a estos protocolos.

ATENCIÓN INTEGRAL

La atención de la salud en general y la dirigida a adolescentes en particular, debe enmarcarse dentro de determinados parámetros que posibiliten unificar criterios de abordaje en pos de su integralidad, calidad y universalidad.

Teniendo en cuenta este postulado y como respuesta a la compleja situación en la que hoy viven y se desarrollan los adolescentes, se ha decidido adoptar el modelo de **“atención integral de adolescentes”**²⁴, entendiéndolo como aquel que:

- Privilegia la promoción de vida saludable.
- Potencia las fortalezas y privilegia la prevención de riesgos.
- Se centra en la adolescencia.
- Involucra no solo a la familia sino también al soporte social existente.
- Cuenta con la activa participación de los adolescentes.
- Se accede no solo en los servicios tradicionales de salud sino también en los ámbitos donde los adolescentes habitan, estudian, trabajan o se recrean.
- Es brindada por un equipo de técnicos de distintas disciplinas construyendo procesos de interdisciplina e intersectorialidad, que preparan al equipo y a cada uno de sus integrantes para el abordaje de las “diferentes adolescencias” y de sus necesidades.
- Se sustenta en políticas públicas.

Implica la adecuación de los sistemas de atención, dotándolos de una orientación bio-psico-social, a partir de un cuidadoso diagnóstico de situación y de la identificación de las necesidades y problemas específicos de la comunidad donde están insertos los adolescentes.

La atención integral implica necesariamente coordinar y trabajar en red. Las necesidades de los adolescentes deben ser entendidas en forma integrada, posibilitando, cuando sea necesario, la intervención de los distintos niveles de atención con continuidad. De este modo no se actuará de forma paralela sino en conjunto, evitando

24 | Moreno E. Política de salud del adolescente. En: Módulo 1 de Curso de Educación a distancia en Salud Integral de Adolescentes (EDISA). Universidad de Buenos Aires; 1992.

la fragmentación, duplicación y pérdida de oportunidad. Para ello es medular homogeneizar la asistencia a partir de protocolizar la atención de los problemas de salud priorizados en adolescentes y fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia. Coordinar y referenciar implica dar seguimiento, en ningún caso se trata de desentenderse de la situación del adolescente²⁵.

En la atención de adolescentes en los servicios de salud se deberá tener presente que es importante:

- Centrarse en el adolescente usuario del servicio.
- Cada adolescente es único como única la relación adolescente-entorno.
- El microentorno puede estar compuesto por la familia, pares, amigos y otros vínculos intergeneracionales (abuelos, otros familiares, vecinos, docentes y más).
- Alrededor de este primer núcleo de abordaje, se deberá contar con las instituciones de apoyo, redes: educación, salud, deportes y otras propias de cada comunidad.
- Todo este enfoque integrador cuyo centro es el adolescente, tiene como soporte a las políticas públicas (las que normatizan, sostienen y respaldan las acciones).

A. CRITERIOS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES

Se deberá *“asegurar una atención de calidad y amigable para los adolescentes”*.²⁶ Si es posible se implementarán espacios *“que ofrezcan una amplia variedad de servicios confidenciales, privados y asequibles, con horarios convenientes para ellos, que tengan un personal entrenado para respetar y satisfacer sus necesidades, que permitan la participación y que provean un espacio atractivo y cómodo para los jóvenes”*.²⁷

EL ADOLESCENTE PUEDE CONCURRIR SOLO O ACOMPAÑADO POR MADRE, PADRE, REFERENTE, PAREJA, OTRO FAMILIAR, DOCENTE, VECINO, AMIGO, Y SERÁ ATENDIDO SIEMPRE.

25 | DIGESA – DIGESE - ASSE (2008): Documento interno de Directrices y lineamientos en prestaciones en salud sexual y reproductiva, Uruguay.

26 | Schutt-Aine J, Maddaleno M. O. Cit.

27 | Ibídem

Los adolescentes llegan al “Servicio de salud para adolescentes” o a los centros de salud con diversas demandas y/o pedidos:

- Orientación y escucha
- Control en salud
- Condiciones especiales y problemas de salud

ORIENTACIÓN Y ESCUCHA

“La orientación es un vínculo conversacional en el que una persona recibe apoyo para poder encontrar alternativas y tomar decisiones, de manera consciente, voluntaria y comprometida”.

En sí misma es un componente prioritario de la atención integral, por lo cual los equipos y profesionales la deberán incluir en sus actividades. *“Tiene una importancia fundamental porque ayuda a superar el aislamiento, aumenta la autoestima y fortalece el ejercicio de los derechos humanos”²⁸.*

IMPLICA:

- Generar un espacio de intercambio y de aprendizaje, en un clima de confianza y respeto.
- Promover el diálogo y generar un encuentro donde se integre el saber técnico con los conocimientos y experiencias del adolescente, favoreciendo la expresión de sus ideas, saberes, dudas e inquietudes. La calidad del vínculo es un componente fundamental para que el proceso sea positivo.
- No se trata de dar consejos ni de brindar información de manera unidireccional en función de los valores del profesional. Refiere a acompañar al adolescente en el proceso de construcción de su propio sistema de creencias y valores.
- Tener presente que los factores involucrados en la génesis de diferentes problemas, se tendrán en cuenta para pensar estrategias de salida, mejoramiento, y /o solución de los mismos.
- Es un proceso de “escucha activa”, centrado en el adolescente. Privacidad y confidencialidad son sus principios rectores.
- Se debe promover el empoderamiento de sí mismos, el ejercicio de ciudadanía y la toma de decisiones de forma autónoma, informada y responsable, en función de las necesidades, intereses y condiciones de existencia de la persona. Esto implica que el adolescente sea capaz de *“reconocer que está involucrado en una decisión, conocer acerca de lo que dice, identificar y elegir entre varias opciones, ser consciente de las propias motivaciones, evaluar*

28 | ONUSIDA (1999), Estrategias y lineamientos para la acción en VIH SIDA con HSH, Bogotá.

y anticipar consecuencias e implicaciones de sus actos, tener acceso a los medios para evitar consecuencias adversas, sostener una posición autónoma referida a las personas, instituciones y grupos de su entorno”²⁹.

En alguna de las consultas con los adolescentes, el profesional de la salud dispondrá de tiempo para hablar de los siguientes temas:

Cambios en la adolescencia.
Familias.
Vínculos con familia, pareja, pares, amigos, docentes, otros adultos e instituciones (aspectos emocionales con los otros y consigo mismo).
Habilidades para la vida.
Alimentación.
Higiene.
Actividad física, deporte y sedentarismo.
Estudio y/o trabajo.
Sexualidad.
Salud reproductiva.
Consumos.
Accidentes.
Respetar y ser respetado.

La información debe ser brindada con³⁰:

- **Calidad técnica.**
- **Neutralidad**, separándose el profesional de sus creencias morales o religiosas, y guiándose por criterios científicos y de derecho.
- **Claridad**, utilizando un lenguaje sencillo, comprensible, preciso y accesible, tomando en cuenta las diversas necesidades de los adolescentes.
- **Capacidad de escucha y tiempo³¹**, debe habilitarse al adolescente a realizar todas las consultas que necesite, y disponer de medios para realizar todas las explicaciones necesarias, con el fin de que los mensajes sean comprendidos debidamente.
- **Oportunidad**, no debe esperarse a la consulta específica del adolescente para dar información pertinente a una situación, sino que debe promoverse una actitud educativa por parte de los profesionales de la salud.
- **Confidencialidad**, se trata de un derecho de los adolescentes que consultan.
- **Dosificación y pertinencia**, volúmenes muy grandes de información no siempre son incorporados y aprehendidos por quien los recibe, por lo cual la información debe ser brindada en forma graduada y pertinente.

29 | Briceño, G y Pignatiello, A Orientación individual en Salud Sexual y Reproductiva Adolescente. AVESA, Venezuela. 2002.

30 | DIGESA – DIGESE - ASSE (2008): Documento interno de Directrices y lineamientos en prestaciones en salud sexual y reproductiva, Uruguay.

31 | Primera entrevista, mínimo 30 a 40 minutos; siguientes, 20 minutos aproximadamente.

Los resultados esperados son que el adolescente³²:

- Reconozca sus motivaciones, intereses y expectativas.
- Tome decisiones conscientes, voluntarias y comprometidas.
- Genere alternativas a nivel personal, familiar y social.
- Busque soluciones creativas.
- Reconozca y disminuya temores, mitos y dudas.
- Sienta confianza en las personas e instituciones que se ofrecen para acompañarlo.

CONTROL DE SALUD

El control de salud es la oportunidad destinada a: **evaluar el desarrollo físico, neurocognitivo, emocional y social y para la detección oportuna de procesos, condiciones o situaciones problemáticas que puedan incidir negativamente en el mismo. Es además oportunidad de encuentro para realizar promoción de hábitos saludables y prevención de los principales problemas de salud a esta edad como siniestralidad, intentos de autoeliminación, suicidio, embarazo, consumos de sustancias psicoactivas, sobrepeso y obesidad y todo tipo de violencias. También para constatar vigencia de vacunas.**

Se puede identificar 3 instancias en el control de salud: la entrevista, el examen físico y la conducta a seguir, orientada por el diagnóstico integral realizado. Se acordará con el adolescente el plazo para nuevo control o la consulta para seguimiento de ser necesario.

Son sus **objetivos**³³ (sin orden de jerarquía):

- Identificar “fortalezas” y factores protectores.
- Estimular al adolescente para que se haga responsable del cuidado de su salud.
- Identificar problemas de salud evidentes o potenciales en el adolescente sano.
- Evaluar el crecimiento y desarrollo.
- Potenciar la relación equipo de salud – adolescente – familia/ referente adulto.
- Asegurar una adecuada inmunización.
- Detectar precozmente los factores de riesgo físicos, psicológicos y sociales para adoptar medidas educacionales o guías anticipatorias o preventivas para el adolescente y su familia.

32 | Briceño, G y Pignatiello, A (2002): Orientación individual en Salud Sexual y Reproductiva Adolescente, AVESA, Venezuela.

33 | www.adolescenciasema.org (revisado 23/09/09) Sociedad Española de Medicina del Adolescente con cambios del PNSA-MSP.

- Prevenir hábitos y conductas de riesgo relacionadas con enfermedades prevalentes que generan morbimortalidad en esta etapa y en la adultez.
- Identificar, acompañar y promover los proyectos de vida a corto y mediano plazo que promuevan el desarrollo personal.

Factores a tener en cuenta en la entrevista con adolescentes:

La primera entrevista tendrá una duración aproximada de 30 minutos. De ser posible, ésta será llevada a cabo por un técnico del área médica y otro del área psicosocial. El profesional de la salud deberá presentarse y explicar su función y la del equipo del que forma parte, informando sobre el derecho de asistir solo y la confidencialidad de la consulta. Las siguientes entrevistas durarán aproximadamente 20 minutos teniendo siempre en cuenta que una entrevista apresurada podrá generar diferentes interpretaciones tales como rechazo, indiferencia y temor, y se convertirá irremediablemente en una “oportunidad perdida”.

Objetivos de la entrevista:

- Identificar el “verdadero motivo de consulta” del adolescente y/o el de su adulto de referencia, que pueden coincidir o no. Así como otros problemas, iguales o más importantes que los manifiestos.
- Focalizar y entramar los aspectos médicos y psicosociales (educativo, familiar, pares, vínculos intergeneracionales, entre otros).
- Identificar quién impulsó a la entrevista: el adolescente, la familia, docentes, amigos, otras instituciones o niveles de atención.
- Indagar cómo el adolescente está viviendo este momento de su vida.

Frente a una situación problemática en cualquier aspecto:

- Evaluar cómo se ubica el adolescente en la “situación problemática”.
- Evaluar cómo la familia y /o la institución educativa u otros actores la viven y si pueden colaborar en su abordaje.

Condiciones para un encuentro amigable:

- Se informará al adolescente y eventualmente a su familia y/o referente las características generales de esta etapa, de la anamnesis y del examen físico.
- Se acordará con el adolescente y su familia o referente adulto (de estar presentes) si en el momento del examen clínico, los adultos permanecerán o no en el consultorio.
- Siempre se respetará el sentimiento de pudor, el deseo del adolescente o su resistencia al examen físico, que puede posponerse total o parcialmente.
- Se tendrán presentes los principios de promoción de salud y prevención.

- En caso de ser necesario informar a la familia o al referente adulto acerca del estado de salud-enfermedad del adolescente (por estar en juego la integridad psicofísica y/o la vida del adolescente o de terceros) se acordará con el adolescente la forma y el momento de realizarlo.
- Al realizar prescripciones, indicaciones y recomendaciones, se recomienda entregarlas por escrito al adolescente.
- Es importante corroborar que se haya comprendido lo planteado.

Con lenguaje sencillo y respeto se conocerán:

- Datos de identificación del adolescente.
- Cómo le gusta que lo llamen (nombre de uso).
- A qué tipo de autopercepción étnico - racial adscribe.
- Una forma de contactarlo (teléfono, celular, correo electrónico).
- Un referente adulto de su confianza.
- Antecedentes personales y patológicos de la infancia.
- Antecedentes de la historia familiar.
- Antecedentes patológicos de la familia (biológicos y psíquicos).
- Hábitos y estilos de vida propios y del entorno.
- Participación y vínculos del adolescente
- Condiciones socioeconómicas.

Cuando no se obtienen datos claros de la entrevista con el adolescente, se sugiere que indague esos datos con sus referentes y si es necesario se convocará a los mismos en acuerdo con el adolescente.

Sólo como forma de facilitar la anamnesis, se recuerda entre los acrónimos o reglas mnemotécnicas, el propuesto por García Tornel³⁴: F.A.C.T.O.R.E.S:

F	AMILIA: relación con padres, hermanos, otros; grado de satisfacción.
A	MISTADES: actividades, deportes, tipo de relaciones, grado de satisfacción.
C	OLEGIO- trabajo: rendimiento, grado de satisfacción.
T	ÓXICOS: experimentación- abuso, tabaco, alcohol, drogas.
O	BJETIVOS: estudio, trabajo, familia, ideales, ilusiones.
R	IESGOS: deportes, moto, coches, ambientes violentos, (maltrato de adultos o pares) abuso sexual, régimen dietético.
E	STIMA: aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen, sentido de pertenencia étnico - racial.
S	EXUALIDAD: información, identidad, actividad, precauciones.

34 | Castellano, G. ; Hidalgo, N.; Redondo A. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. Ed. Ergon. Madrid, 2004.

O el acrónimo inglés: HEADS/S³⁵ F/FIRST³⁶:

H	OGAR: estructura y funcionamiento familiar; espacio, privacidad, frecuentes traslados, vecindario, (si tiene alguna persona que sea referente).
E	DUCCIÓN /ESCUELA: frecuentes cambios de escuela, repetición de curso, informe de los docentes, actividades educativas después de horario, (idiomas, música etc.) problemas del rendimiento escolar, trastornos del aprendizaje, conducta y relaciones con sus pares.
A	BUSO: malos tratos físicos, sexuales, emocionales, verbales, discriminación racial.
D	ROGAS: tabaco, alcohol, marihuana, PBC, sustancias volátiles, drogas de diseño, fiestas rave, otras. Droga preferida, edad de inicio del consumo, frecuencia, modo de consumo, rituales, solo o en compañía, métodos para dejarlo y número de intentos, motivos de los fracasos. DIETA: hábitos alimentarios.
S	EGURIDAD: cinturones de seguridad, cascos, medidas deportivas de seguridad, actividades peligrosas, conducción bajo efecto de las drogas.
S	EXUALIDAD: SSyR, DDSRR, dimensión reproductiva, dimensión erótico placentera.
F	AMILIA: núcleo familiar, genograma, trabajo de los padres y horarios, antecedentes de adicción en familiares de 1° y 2° grado, actitud de los padres frente al alcohol y drogas, reglas; padres con enfermedades crónicas o trastorno mental.
F	(AMIGOS (FRIENDS): grupo de amigos y perfil de los mismos: “cancheros”, “deportistas”, genios de la informática, animadores, banda o afiliación.
I	MAGEN: percepción de la altura y el peso, musculatura corporal, y aspecto físico (incluida la vestimenta, los complementos, tatuajes, piercings, como tendencia de la moda u otra afirmación personal).
R	ECREO: dormir, ejercicio, deportes organizados o libres, uso del tiempo libre (TV, videojuegos, juegos de ordenador, Internet y chats, actividades religiosas o de otros grupos de jóvenes organizados (scout)) ¿Cuántas horas al día y días de la semana dedica a ello?
S	ESPIRITUALIDAD (SPIRITUALITY): adhesión, rituales, servicio comunitario o participación en actividades comunitarias, opciones religiosas.
T	AMENAZAS Y VIOLENCIA (THREATS): autolesiones o lesiones a los demás, actitud huidiza, crueldad con los animales, armas, peleas, detenciones, robos, incendios, peleas en el liceo.

35 | Zubarew, T. Evaluación clínica del adolescente. Diploma Desarrollo y Salud Integral del Adolescente. Pontificia Universidad Católica de Chile. UC Virtual. 2008. *Modificaciones introducidas por el PNSA.

36 | Jenkins, R. Problemas de salud especiales en la adolescencia. En: Nelson Tratado de Pediatría de Kliegman, Behrman, Jenson y Stanton. 18ª Ed. Elsevier Saunders. Barcelona España. 2009. *Modificaciones introducidas por el PNSA

Valoración y protección de trayectorias educativas

Poder garantizar a los adolescentes el derecho a la educación constituye un esfuerzo colectivo que no implica sólo a la política educativa sino también a otras áreas del Estado como el sector salud.

En el año 2015 se crea el Sistema de Protección de Trayectorias Educativas, que busca hacer posible el “seguimiento de los eventos educativos de los estudiantes, la detección en forma oportuna de situaciones de vulnerabilidad educativa y la intervención temprana tanto durante un mismo año escolar como en la trayectoria educativa de mediano y largo plazo, sobre todo en aquellos casos con inminente riesgo de abandono escolar”. Este hecho, que constituye sin dudas un importante avance en materia de derechos, genera nuevos desafíos en relación con la articulación de las políticas intersectoriales, donde las que vinculan educación y salud cobran fundamental importancia.

Una dimensión clave en el desarrollo integral de adolescentes es su trayectoria educativa.

El acercamiento de adolescentes al control de salud es un momento privilegiado para atender las trayectorias educativas, al considerar como un indicador de salud la vinculación a un centro de estudio y al entender que la fragilidad educativa puede estar asociada a otras vulnerabilidades.

Durante el control en salud es necesario detectar indicios de alertas referidos a la calidad de la integración al centro educativo y a indicadores de riesgo de desvinculación educativa. Lo que valoramos a través de las siguientes dimensiones:

- Grado de bienestar.
- Rendimiento (número de asignaturas bajas, repeticiones).
- Asistencia (regular, intermitente, riesgo de abandono).
- Aspectos sociales o afectivos vinculados (Problemas de conducta, hetero-agresividad, auto-agresividad, inhibiciones sociales, ansiedad).
- Discapacidad (Elementos de exclusión y elementos de apoyos /Protocolo de actuación para la inclusión de personas con discapacidad en los centros educativos).

El diálogo entre los equipos territoriales de salud y educación, para trabajar en promoción y prevención, así como la coordinación de acciones que faciliten el recíproco acceso a estos servicios, genera un impacto positivo en los adolescentes que favorecen la vinculación a ambos.

El sector educativo en conjunto con el sector salud se encuentran diseñando un protocolo que oriente acciones articuladas entre ambos. Este protocolo está basado en la identificación temprana de factores que desprotegen la trayectoria educativa y el desarrollo planificado de acciones articuladas para su atención, tendiendo a minimizar el riesgo de desvinculación y cumpliendo con el propósito final de lograr trayectorias educativas continuas y completas.

Con relación a la atención en salud de los adolescentes con identidades trans, surgen algunas consideraciones a tener presente por los profesionales de salud, que tienen como objetivo aumentar la accesibilidad a los servicios de salud con el fin de lograr una atención integral de los mismos.

RECOMENDACIONES PARA LOS PROFESIONALES DE SALUD EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS TRANS		
	RECOMENDACIÓN	IMPACTO EN
Para toda la población.	Llamar a las personas por su apellido.	Accesibilidad.
Cómo llamar a las personas trans durante la entrevista.	Preguntar a la persona cómo se llama y cómo desea ser identificada (nombre social, pronombres).	Accesibilidad. Longitudinalidad.
Cómo registrar el nombre social.	Consignar nombre social en la historia clínica y otros sistemas de registro (carné, cuadernos de novedades, parte diario) intentando minimizar las posibilidades de que la persona sea llamada por su nombre civil.	Accesibilidad. Longitudinalidad. Coordinación.
Cómo relevar la variable identidad de género.	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer trans <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Varón trans <input type="checkbox"/> Otro _____	Accesibilidad. Longitudinalidad.
Acceso al cambio de nombre.	Orientar y acompañar el proceso de cambio de nombre y sexo registral. El equipo puede pedir asesoramiento o referir de forma adecuada a la persona al Programa Identidad de del Ministerio de Desarrollo Social (en Montevideo) o sus oficinas territoriales (en el resto del país).	Accesibilidad. Coordinación. Integralidad.
Horarios y lugares de atención.	Compartidos con toda la población usuaria, evitando policlínicas o servicios específicos.	Accesibilidad. Longitudinalidad. Coordinación. Integralidad.
Qué hacer en caso de internación.	Consultar a la persona si se siente cómoda en un sector designado según su identidad de género, o prefiere se la interne en un sector según el sexo asignado. Según el caso valorar la necesidad de dialogar también con otros usuarios del sector (ejemplo, lugares de internación con salas generales). En el seguimiento consultar a la persona si se siente cómoda.	Accesibilidad. Longitudinalidad. Coordinación.

Si una persona trans solicita asesoramiento sobre tratamiento hormonal.	El asesoramiento y la valoración inicial (y, según la formación específica, las demás etapas) puede ser brindado por el médico de referencia.	Accesibilidad. Longitudinalidad. Integralidad.
En caso de que el usuario se muestre en actitud defensiva o de tensión.	Intentar empatizar y actuar profesionalmente, tendiendo a generar una relación de confianza.	Accesibilidad. Integralidad. Longitudinalidad.

EXAMEN FÍSICO

Los lineamientos generales de este examen, la amplitud con que se explore cada sistema o el orden que se siga, serán modificados según la orientación brindada por la anamnesis.

EXAMEN FÍSICO	OBSERVACIÓN	IMPORTANCIA
Inspección general	Aspecto general: vestimenta, higiene, estética. Actitud durante la entrevista.	Forma de presentación del adolescente.
Piel, faneras, mucosas	Coloración de piel y mucosas, presencia de lesiones, acné, hirsutismo, zonas de punción, hematomas, heridas; auto-mutilaciones, erosiones, quemaduras lesiones hipo/hiperpigmentadas, lesiones cicatrízales, tumoraciones.	Sugiere autocuidado, estigmas de violencia, enfermedades neurocutáneas, neoplasias Acné: frecuente afecta imagen y desarrollo de autoestima y personalidad. Ver indicaciones de evaluación hormonal. En caso de presentar palidez cutáneo-mucosa se plantea anemia clínica, y se indica confirmación con hemograma.
Cabeza-cuello	Dismorfias. Glándula tiroidea. Glándulas salivares.	Despistar enfermedades tiroideas.
Adenopatías	Cervicales. Supraclaviculares. Axilares. Epitrocleares. Inguinales. Hueco poplíteo.	Los tumores son la primera causa médica de mortalidad a esta edad. De éstos, el 50% son del tejido linfóide y órganos hematopoyéticos (Hodgkin el más frecuente).

Tórax	<p>Inspección, palpación y percusión. Semiología respiratoria. Semiología cardiovascular.</p>	<p>Costocondritis: causa más frecuente de dolor torácico recurrente en adolescencia.</p> <p>La presión arterial debe ser tomada en cada control al igual que la palpación de los pulsos. Descartar arritmias y otros trastornos cardiovasculares.</p>
Mamas	<p>Mujeres: Tanner (Ver tabla en Anexos); simetría mamaria, palpación de tumoraciones, expresión mamaria.</p> <p>Varones: diferenciar entre ginecomastia y lipomastia.</p>	<p>Enseñar autoexamen mamario. El autoexamen no es una maniobra diagnóstica. Informar sobre el desarrollo mamario y sus etapas</p> <p>Es frecuente. Causa angustia y problemas cuando no se explica la presencia de ginecomastia fisiológica y sus características.</p>
Abdomen	<p>Abdomen doloroso en adolescente mujer sexualmente activa. Dolor abdominal recurrente. Tumoraciones abdomino-pélvicas.</p>	<p>Descartar enfermedad inflamatoria pélvica. Sospechar organicidad (úlceras pépticas, gastritis crónica, enfermedad de Crohn). Despistar embarazo.</p>

<p>Genitales</p>	<p>Femeninos: Tanner (Ver gráficos en Anexos); Inspección.</p> <p>Masculinos: Tanner. Inspección y palpación.</p>	<p>Solicitar control ginecológico: en presencia de síntomas y/ o signos; iniciadas las relaciones sexuales; a los 3 o 4 años de edad ginecológica, (período transcurrido desde la menarca hasta el momento de la consulta); Instruir a la adolescente en autoexploración de sus genitales; informar sobre desarrollo genital y sus etapas.</p> <p>En presencia de antecedentes personales (criptorquidia y /o orquidopexia), sensación de peso a nivel testicular, aumento de tamaño y consistencia, dolor testicular difuso, síndrome escrotal agudo, infertilidad o ginecomastia, pensar en la probabilidad de un tumor testicular. Descartar fimosis, prepucio redundante, varicocele más frecuente a izq., hernias.</p> <p>Ponerlo en conocimiento de la necesidad de consultar con el urólogo, sobre todo si ha sufrido intervenciones quirúrgicas de sus genitales en la infancia y ante cualquier evento que le preocupe.</p>
<p>Aparato locomotor</p>	<p>Ver simetría global del cuerpo desde una visión anterior, posterior y lateral (maniobra de Adams).</p> <p>Inspección estática y dinámica de zona lumbosacra; pelvis y extremidades; exploración de la marcha.</p>	<p>Descartar cifosis- escoliosis, hiperlordosis y otras patologías ya que en período de crecimiento rápido pueden sufrir descompensación.</p>

Sistema Nervioso	<p>Buscar reflejos superficiales y profundos, pares craneanos, coordinación estática y dinámica. Fuerza y sensibilidad.</p> <p>En caso de valorarse necesario, se cuente con oftalmoscopio y esté entrenado para ello, se realizará fondo de ojo.</p>	<p>Si bien la patología neurológica más frecuente son las cefaleas (vasculares y psicósomáticas), tener presente que los tumores intracraneales son los tumores sólidos más frecuentes (astrocitoma supratentorial, el más frecuente: sintomatología neurológica tardía, inicialmente da cambios en la conducta y disminución rendimiento escolar).</p>
Salud Bucal	<p>Buscar síntomas y signos de enfermedades bucales: dolor, sangrado de encías y alteraciones de las funciones bucales, deformidades de los maxilares, del paladar, maloclusión, caries.</p>	<p>Indicar el control anual con odontólogo.</p> <p>Derivar a la consulta inmediata frente a los mismos.</p> <p>Ver capítulo de salud bucal.</p>
Sensorial	<p>Visión. Uso Tabla de Snellen.</p> <p>Audición.</p>	<p>Indicar el control con oftalmólogo a los 12 años.</p> <p>Si es necesario se solicitará la valoración por otorrinolaringólogo.</p>
Somatometría y medidas	<p>Peso, talla, talla/edad y percentil correspondiente. IMC y percentil correspondiente; cintura.</p> <p>Segmentos corporales, velocidad de crecimiento y otros.</p>	<p>Diagnóstico de estado nutricional: antropometría ajustada a concordancia edad cronológica/biológica (tabla Cap. Nutrición); encuesta de alimentación, score z.</p> <p>Útiles para descartar otras patologías (Sínd. Marfan).</p>

Concluida la entrevista y el examen físico:

Se registrarán los datos en la Historia Clínica del Sistema Informático del Adolescente SIA (CLAP/SMR – OPS/ OMS), estableciendo la “impresión diagnóstica integral” de cada técnico que colabore en el “diagnóstico integral común del equipo” De acuerdo a la evaluación clínica, y de los antecedentes personales y familiares del adolescente, podría ser necesaria la solicitud de estudios de laboratorio que complementen la valoración, siguiendo pautas nacionales e internacionales.

A modo de ejemplo, teniendo en cuenta la carga de enfermedad y muerte en nuestro país por patología cardiovascular, el estudio de perfil lipídico está indicado en adolescentes con: historia familiar positiva en uno de los padres con hipercolesterolemia mayor a 240 mg/dl, antecedentes familiares de enfermedad cardíaca prematura (<55 años) que incluye patología coronaria, muerte súbita³⁷.

Según las prestaciones de salud específicas para esta franja etaria establecidas en el Contrato de Gestión³⁸ que la JUNASA firma con los prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud (Dec. 81/012), los adolescentes tienen derecho a controles gratuitos anuales:

12 años	Con médico: 2 Con odontólogo: 1 Con oftalmólogo: 2
13 y 14 años	Con médico: 2 Con odontólogo: 2
15, 16 y 17 años Adolescentes mujeres	Con médico: 1 Con odontólogo: 2 Con ginecólogo: 1

Es un momento privilegiado de encuentro entre equipo de salud y adolescentes. Según consideración del adolescente, se podrá involucrar a la familia o al referente adulto.

Dado los importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales que se presentan en especial en la primera etapa de la adolescencia, se debe realizar como mínimo un control de salud en adolescencia temprana (10 a 14 años) cada 6 meses y en adolescencia tardía (15 a 19 años) una vez por año.

37 | Revista Uruguaya de Cardiología. Volumen 24. Septiembre 2009.

38 | Los menores de 18 años estarán exentos de pago de tasas moderadoras el acceso al primer nivel de atención a los efectos de controles periódicos previstos en los Programas Nacionales de Salud de la Niñez y Salud de la Adolescencia.

HERRAMIENTAS PARA EL CONTROL EN SALUD DE LOS ADOLESCENTES

CARNÉ DE SALUD ADOLESCENTE

El día 22 de junio de 2009 “se declara válido en todo el territorio nacional el carné del adolescente y su uso obligatorio para los controles en salud entre los 12 y 19 años”³⁹.

Junto con la actualización de la presente guía, se realiza la actualización del carné de salud adolescente. La actualización del mismo es una construcción colectiva, realizada entre técnicos y adolescentes en el marco del Congreso Nacional Integrado de Adolescencia “Desempolvando un Derecho: Jóvenes discutiendo la Salud”.

A través del uso del carné, se promueve el ejercicio del derecho a la atención de salud y las pautas de autocuidado en esta etapa de la vida, así como la comunicación entre adolescentes y técnicos de los servicios de salud, evitando la réplica de gestiones y acciones.

EL CARNÉ ES:

Universal	Es de uso en todo el territorio nacional.
Gratuito	Su gestión y obtención será gratuita.
Un acuerdo	Los datos requeridos serán llenados por el médico de referencia en conjunto y acuerdo con el adolescente.
Confidencial	Toda la información contenida en el carné es confidencial, siendo pertenencia y uso exclusivo del adolescente y de toda persona que él determine.
Certificación de salud y aptitud física	Único instrumento válido de certificación de la aptitud física por las instituciones educativas formales y no formales, servicios de salud, clubes deportivos, y otros centros o instituciones que trabajan o atienden adolescentes.
Aporta información	Corresponde informar al adolescente que la información de la tapa y contratapa de este carné es la única información que se le puede exigir para realizar trámites comunes. Para trabajar o practicar deportes federados deberá completarse acorde a la normativa vigente.

Si bien el médico de referencia, basado en la situación particular de cada adolescente, dispondrá de los tiempos estipulados para los controles (tiempo máximo de 6 meses en adolescencia temprana y de un año en adolescencia tardía), hay situaciones que requieren intensificar de forma pautada el acompañamiento.

39 | Decreto 295/2009

Se destacan aquellos adolescentes que presentan riesgo o diagnóstico de:

- Embarazo no intencional en la adolescencia.
- Consumo problemático de alcohol y otras sustancias.
- Sobrepeso-obesidad.
- Sinistralidad vial.
- Intento de autoeliminación.
- Todo tipo de violencias.

Lo anterior remarca la importancia, durante el control en salud, de la valoración del riesgo de los problemas priorizados.

Los problemas de salud priorizados en la adolescencia deben llevar un seguimiento más cercano por lo que se sugiere disminuir el tiempo para el próximo control.

Ante la presencia de uno de los cinco problemas de salud priorizados, se hará un seguimiento a la aplicación del protocolo institucional que se debe seguir frente al mismo. A modo de ejemplo se valorarán resultados de paraclínicas pautadas, o de interconsultas solicitadas, así como se realizará el acompañamiento en la adquisición de conductas o dificultades frente a las mismas por parte del adolescente.

A TENER EN CUENTA:

- Las acciones de salud no empiezan y terminan en una sola consulta.
- No solo es necesario el tiempo en cada consulta, sino también el acompañamiento en el tiempo.
- Considerar estos aspectos es lo que contribuye a un abordaje de calidad.
- No todos los problemas se solucionan con el seguimiento. El seguimiento es necesario pero muchas veces insuficiente y se requiere la referencia a otros servicios o niveles de atención para la resolución. Es esperable, sin embargo, mantener el vínculo con el médico de referencia o equipo del servicio de salud para adolescentes en donde habitualmente se atiende, facilitando así la continuidad de la atención.
- Existen realidades muy complejas que requieren un abordaje que excede al sector salud y es necesario entonces el abordaje intersectorial.

B. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD PARA ADOLESCENTES

A continuación se mencionan los tres roles fundamentales que deberá asumir este Servicio.

ROL ASISTENCIAL

- **Control en salud.** Realizará la atención desde una visión integral de adolescentes (10 años a 19 años)⁴⁰, habilitando la continuidad de la misma hasta los 24 años cuando lo requiera la situación o el vínculo de las personas con el equipo de salud⁴¹.
- **Problemas de salud.** Realizará la atención de aquellos adolescentes que por situaciones de riesgo o problemas de salud complejos requieren una valoración o atención especial. Se hará énfasis en los problemas de salud priorizados por el Ministerio de Salud para esta franja etaria: consumo de sustancias, intentos de autoeliminación, sobrepeso/obesidad, siniestralidad vial, embarazo no intencional, y todas las formas de violencia.
- **Servicio de referencia.** Será referencia y contrareferencia para los niveles de atención de mayor y menor complejidad.
- **Optimización de la atención.** En este servicio se resolverán el 80% de los problemas de salud, evitando las derivaciones innecesarias a especialistas, lo que se espera contribuya a la disminución de listas de espera. Así mismo se procurará que este servicio mejore la experiencia del usuario en su tránsito por los servicios.
- **Protocolización de la atención.** Será responsable de la aplicación de los protocolos de atención frente a los problemas de salud priorizados en la adolescencia.

ROL DE CAPACITACIÓN, EDUCACIÓN Y COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

- **Capacitación.** El equipo del SSPA será referente para el desarrollo de las estrategias de formación continua en el abordaje integral, la protocolización y seguimiento de los problemas de salud de adolescentes a profesionales de salud de la institución.

40 | Se toma como referencia la definición de adolescencia de la OMS.

41 | A efectos de realizar el cálculo del número de usuarios adolescentes, cada prestador contabilizará los usuarios de 12 a 19 años.

- **Coordinación intersectorial.** Trabajaré intersectorialmente con operadores de programas sociales participando de las diferentes redes en territorio.
- Se propiciará que la **población adolescente vinculada a programas sociales estatales** y todos aquellos que, no estando vinculados a los mismos, se encuentren en alguna situación de vulnerabilidad que requiera atención intersectorial, tomen contacto por lo menos una vez, con el Servicio de Salud para Adolescentes.
- **Educación para la salud.** Planificaré y realizará actividades de promoción y prevención intra y extra muros. Consolidaré espacios de participación adolescente y juvenil, estimulando la formación de adolescentes como **promotores de salud.**
- **Registro de actividades** de promoción de salud, coordinación, reunión de equipo y capacitaciones.

ROL DE GESTIÓN

- **Coordinará con la Dirección Técnica** de la institución todas aquellas acciones tendientes a la mejora de la calidad de la atención de salud de adolescentes.
- Será **referente ante el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud** del Ministerio de Salud.
- **Información poblacional.** Mantendrá actualizado el perfil socio-epidemiológico de la población usuaria adolescente, identificando sus necesidades y problemas de salud.
- **Coordinará y supervisará la atención** al proceso salud-enfermedad de los adolescentes, la capacitación y actualización de los técnicos de la institución y las actividades intersectoriales.
- **Se organizará un sistema de seguimiento de casos de riesgo (gestión de casos)** que permita el acompañamiento de situaciones de vulnerabilidad.
- **Garantizar la disponibilidad** en los medios de comunicación interna de la institución de: normativas, guías clínicas, material de registro (HSIA y CARNE de SALUD, gráficas y tablas de desarrollo y crecimiento y Presión Arterial), guías de valoración de riesgo y protocolos de atención de los problemas de salud priorizados en adolescencias.
- Realizaré la planificación y evaluación anual de las actividades descritas.

UBICACIÓN

En relación a la ubicación, el servicio de salud para adolescentes pueden estar en la sede central, o en cualquier otro servicio o sedes secundarias del prestador, que éste considere pertinente. Esta decisión será tomada en base a criterios de accesibilidad en el más amplio sentido de la palabra. Se recomienda aunar esfuerzos a nivel departamental y local para brindar el servicio a través de convenios de complementación entre prestadores integrales y no integrales, públicos y privados.

RECURSOS HUMANOS

1. El equipo del SSPA estará conformado por profesionales y técnicos capacitados en el abordaje integral y en los problemas de salud de adolescentes.
2. Cada prestador integral deberá contar con un coordinador técnico para los Servicios de Salud de Adolescentes.
3. La institución deberá asegurar que la dotación de personal para el servicio pueda cumplir con las funciones arriba descritas..
4. El equipo será multiprofesional contando con las siguientes disciplinas: medicina general y/o medicina familiar y comunitaria y pediatría; lic. enfermería, auxiliar de enfermería; ginecología y/u obstetra partera; lic.nutrición; higienista dental y/o odontología; lic. psicología y/o psiquiatría; lic.trabajo social y administración.
5. De acuerdo a la realidad de la población usuaria se promoverá la incorporación de otros técnicos.
6. A los efectos de asegurar un abordaje integral y oportuno de la salud sexual y la salud reproductiva incluido el proceso de IVE se exhorta a los prestadores a que los integrantes del equipo del SSPA no sean objetos de conciencia

De acuerdo a la realidad de la población usuaria se promoverá la incorporación de otros técnicos.

PLANTA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES

1. Se recomienda destinar parte de un ala de la planta física que permita un ambiente común o en un local específico donde se agrupen servicios diferenciados, con tiempos comunes, en días y horas alternos, contemplando la privacidad y confidencialidad que colaboran en la más alta calidad de atención. En ambas opciones se tendrá en cuenta como referencia el Decreto N° 416/002 y en lo pertinente el Decreto N° 13/007.

2. Se recomienda la siguiente **infraestructura:**

Área de recepción: con condiciones mínimas de privacidad.

Sala de espera: con mobiliario, cartelería y folletería relacionada a la prevención y educación de esta franja etaria.

Consultorios: para la atención individual de los pacientes que permitan privacidad y confidencialidad en la consulta. Es deseable contar con espacio suficiente para permitir la presencia de familiares o acompañantes y accesible para usuarios con discapacidad cómo lo contempla el Decreto N° 416/002.

Contará con al menos tres consultorios: dos consultorios médicos (uno de ellos adaptado para la atención gineco obstétrica) y el otro psicosocial.

Sala polifuncional: se deberá tener acceso a sala multiuso para reuniones del equipo, así como para las actividades de capacitación y de educación para la salud.

Sanitarios: cercanos y accesibles previsto por el Decreto N° 416/002.

3. Se recomienda los siguientes **Recursos Materiales:**

Mobiliario (escritorio, sillas, modular, camilla y acceso a camilla ginecológica), Teléfono, PC con acceso a red (para HCE).

Herramientas e instrumentos para la valoración clínica. Esfingomanómetro con 2 medidas de manguito, Estetoscopio, Balanza, Tallímetro, Cinta métrica, Termómetro, Linterna, Bajalenguas, Martillo de reflejos, Otoscopio, Acceso a Oftalmoscopio, Tabla de Snellen, Tablas de Tanner, Curvas percentilares de Talla, de IMC y de Presión Arterial, Historia Clínica del Adolescente CLAP/SMR-OPS/OMS y Carné del adolescente.

Test rápidos. Test de Embarazo, Test rápido de VIH, Test rápido de VDRL

Guías para valoración de riesgo y flujogramas de acción. Guía para valoración de riesgo de consumo de sustancias (MSP), Guía para valoración del riesgo suicida (MSP), Protocolo y flujograma de actuación para prevención y abordaje del Intento de Autoeliminación, Protocolo y flujograma de actuación para prevención y abordaje del Consumo de Sustancias, de Sobrepeso/obesidad, del Embarazo no intencional, de la Siniestralidad Vial, de todas las formas de violencias. Así como de otros protocolos aprobados por el MSP.

Formularios administrativos y material informativo. Planilla de Recursos Humanos del SSPA (con detalle de carga horaria diferenciada por actividad), Partes de actividades asistenciales y de promoción y prevención de salud, Vademécum de la institución, Mapas georeferenciadores, Agenda con red de recursos institucionales e intersectoriales.

Materiales para la actividad educativa y preventiva. Disponibilidad de materiales para realizar educación para la salud (folletos, afiches y Tecnologías de la Información y Comunicación), Caja o Kit de métodos anticonceptivos (Anticonceptivos de emergencia y preservativos).

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

1. Los profesionales integrantes del servicio de salud para adolescentes trabajan en **equipo** por lo que deberá estar contemplado el tiempo correspondiente a las reuniones de equipo, dentro de la carga horaria y funciones.
2. El servicio tendrá asignado tiempo para actividades asistenciales y no asistenciales de acuerdo a lo previsto en la ley 18.211 y normas reglamentarias y complementarias. Las tareas descritas serán integradas de acuerdo al perfil y necesidad con cargos u horas asignadas a los profesionales.
3. Los horarios y turnos, se organizarán para facilitar la accesibilidad de adolescentes que trabajan y/o estudian promoviendo horarios en dos turnos e incluyendo el vespertino y los días sábados, cómo está previsto en el Contrato de Gestión suscrito por las instituciones. De lunes a viernes de 8 a 20 y sábado de 8 a 14. obligatorio en la sede principal, exhortándose que el mismo se aplique en sedes secundarias y policlínicas dónde se implemente este servicio.
4. El servicio integrado por las disciplinas anteriormente citadas **atenderá las consultas de usuarios adolescentes, compartiendo espacio físico y tiempo, por lo menos 2 veces por semana en 2 turnos diferentes.**
5. **Los restantes días de la semana**, los integrantes del equipo brindarán atención según la carga horaria asignada para cubrir la demanda y/o facilitar el acceso del usuario a diferentes técnicos y/o servicios.
6. Se recomienda que cada funcionario del equipo cuente con el 30 % de su carga horaria mensual para actividades no asistenciales, según la recomendación internacional⁴². Teniendo en cuenta que este criterio será flexible adecuándose a las necesidades del servicio.
7. Reunión de equipo: que habilite la planificación y evaluación de los procesos de atención, de al menos dos horas de duración, con una frecuencia mensual pudiendo aumentarla en caso de necesidad, y previendo la asistencia de todo el equipo.

42 | Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. El primer libro sobre atención primaria editado en España (1984). En sus capítulos iniciales se exponen los elementos conceptuales y organizativos de la APS.

AGENDA Y ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA

1. En la agenda de los Servicios de Salud para Adolescentes se preverán lugares para la referencia desde los servicios de emergencia, piso o médicos de referencia asegurando así la continuidad de la atención.
2. Es deseable que este mecanismo se establezca en red y permita el acceso de los técnicos a la agenda desde sus lugares de trabajo.
3. La agenda se gestionará en función de los problemas priorizados en esta franja etaria estableciéndose, de ser necesario, una lista de espera.
4. Se priorizará y mantendrá un número por semana y por técnico para:
 - Control de salud integral por primera vez
 - Atención y seguimiento de adolescentes referenciados, por riesgo o problema de salud priorizado y/o protocolizado (consumo de sustancias, Intento de autoeliminación, sobrepeso/obesidad, siniestralidad vial, embarazo no intencional, todas las formas de violencia)
 - Atención y seguimiento para continuar asistencia luego de internación en piso o emergencia.
5. La agenda deberá ser en un 80 % de citas programadas y en un 20 % de cupos para demanda espontánea o consulta del día. De esta manera, se facilita la consulta del día y se organizan las consultas de seguimiento, así como las de derivación.
6. El tiempo de la consulta será de 30 minutos primera vez y 20 minutos ulteriores.

LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN POR ÁREAS

INMUNIZACIONES

En cada control del adolescente se debe solicitar el CEV. De esta forma se podrán evitar oportunidades perdidas de vacunación. Es necesario que el CEV esté vigente para la obtención del carné del adolescente.

VACUNAS A LOS 12 AÑOS DE EDAD

1. VACUNA DPAT (DIFTERIA, PERTUSSIS ACELULAR, TÉTANOS)

La eficacia clínica para difteria es de 97%. La protección es total durante 3 años y parcial durante 10. Por ello se recomienda un refuerzo cada 10 años. El último caso reportado en Uruguay fue en el año 1975.

La eficacia clínica para tétanos es de 80 a 100%. La administración de 3 dosis de DTP durante el período de lactancia proporcionará de 3 a 5 años de protección. Una dosis de refuerzo (a los 5 años) proporciona protección hasta la adolescencia. Una o dos dosis de refuerzo adicionales inducirá la inmunidad hasta la edad adulta (se ha sugerido que la duración puede ser de 20 a 30 años). En nuestro país las dosis de refuerzo tras la vacunación a los 12 años se dan cada 10 años.

La vacunación logra una protección contra el tétanos neonatal cercana a 100%. El último caso notificado en Uruguay fue en el año 1981.

La eficacia clínica contra pertussis es de entre 70 y 90% luego de completada la serie primaria. Los niños que a pesar de estar vacunados se pueden infectar pero tienen menos riesgo de contraer una enfermedad grave que los no vacunados. La protección disminuye con el tiempo, y no se observa protección entre los 5 y 10 años de la última dosis.

En Uruguay se vacuna contra tos convulsa desde el año 1982. Actualmente está incluida en el Certificado Esquema de Vacunación en la vacuna pentavalente y se administra a los 2, 4, 6 y 15 meses de edad; como vacuna triple bacteriana (con componente pertussis a células completas) a los 5 años y desde el año 2012 a los 12 años de edad como triple bacteriana (con componente pertussis acelular).

En la actualidad, adolescentes o adultos son el principal reservorio de *B. pertussis*. En ellos la enfermedad generalmente es leve. La vacunación en este grupo etario tiene como objetivo, entre otras medidas, controlar su transmisión a niños pequeños (principalmente menores de 4 meses) susceptibles y con riesgo a desarrollar una enfermedad grave.

A partir de 2 de marzo de 2015 el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha dispuesto la vacunación con dpaT (vacuna triple bacteriana con componente anti-pertussis acelular) con carácter obligatorio a todas las embarazadas, de forma gratuita en todos los vacunatorios públicos y privados del país. No se requiere receta médica para su administración. El objetivo de esta estrategia de vacunación es lograr protección para la tos convulsa en los recién nacidos y lactantes menores de 4 meses y de esta forma, disminuir las tasas de hospitalización y de mortalidad por esta enfermedad. La vacuna se administra a todas las embarazadas que no tengan contraindicaciones luego de la semana 20 de la gestación preferentemente entre las semanas 28 y 36 de la gestación sin importar el estado vacunal previo para dpaT o dT. Se indica la vacunación en cada embarazo. Se sugiere que en el control rutinario de la semana 32 se realice la indicación para su administración, que idealmente deberá realizarse antes de la semana 36. En los casos donde existan factores de riesgo para parto prematuro o sospecha de dificultad en el seguimiento y control del embarazo se sugiere indicar la vacunación con dpaT cuando el equipo de salud lo considere oportuno independientemente de la edad gestacional.

En caso de mujeres que no se vacunaron durante el embarazo o mujeres que tuvieron partos prematuros y no han recibido en los 5 años previos la vacuna dpaT, podrán vacunarse en el puerperio, preferentemente antes del alta hospitalaria.

Las contraindicaciones para la vacunación es el antecedente de una reacción alérgica severa a una dosis previa de esta vacuna. En caso de fiebre, se pospondrá la administración hasta que se supere el episodio febril.

Es una vacuna segura. Entre los efectos adversos descritos para esta vacuna se destacan dolor y tumefacción en el sitio de inyección y fiebre. No se han demostrado efectos adversos en el feto.

2) VACUNA CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)

El Ministerio de Salud utiliza una vacuna anti VPH cuadrivalente que protege contra los serotipos 6, 11, 16 y 18. Se espera que con esta vacuna se prevenga el cáncer de cuello uterino causado por los serotipos 16 y 18 pero no por otros serotipos. Se ha demostrado que es eficaz en prevenir las infecciones por VPH y las lesiones pre-cancerosas de cuello uterino (lesiones pre-malignas) causados por estos serotipos. Además, esta vacuna previene las infecciones causadas por los serotipos 6 y 11 que se asocian con el desarrollo de verrugas genitales.

Está dirigida a las adolescentes de sexo femenino desde los 12 años de edad y a todas las nacidas a partir de 2001. En este grupo, la vacunación es gratuita y está disponible en todos los centros de vacunación del país. No es necesario receta médica para las indicaciones comprendidas en el Certificado Esquema de Vacunación (CEV) ni completar formulario de consentimiento informado.

La vacuna contra el VPH está registrada para ser usada exclusivamente forma profiláctica a partir de los 9 años hasta los 26 años de edad. Su máximo beneficio se logra si la vacuna es administrada antes de comenzar las relaciones sexuales y se completa el esquema de inmunización. Cada indicación fuera de la incluida en el CEV deberá ser individualizada con el médico tratante. Además, la vacunación está incluida en el protocolo de violencia sexual del MSP.

A partir del 1 de junio de 2017 se administra en un esquema de 2 dosis (0 y 6 meses) hasta los 14 años de edad. Si la adolescente tiene 15 o más años se recomienda recibir el esquema de 3 dosis (0, 2 y 6 meses). El esquema de 3 dosis también se mantiene para los individuos con inmunocompromiso. Si bien no hay un intervalo máximo recomendado entre dosis, se sugiere respetar estas recomendaciones. Vacunarse después de los 6 meses no determina que se deba recomenzar el esquema.

Es una vacuna comercializada desde el año 2006 en todo el mundo, con un adecuado perfil de seguridad. Los efectos adversos frecuentes (más de 1 en 100 vacunadas) son de leve a moderada intensidad: reacciones en sitio de inyección: dolor, enrojecimiento, hinchazón (edema) endurecimiento, y parestesias en la zona de la vacunación, cefalea, fatiga, fiebre, síntomas digestivos, prurito, erupción cutánea, mialgias y artralgias, resfrío, tos y mareos. Generalmente son de breve duración y autolimitados.

Entre los efectos adversos poco frecuentes se destacan las reacciones alérgicas, incluidas las reacciones anafilácticas que son muy raras. Ocurren dentro de los primeros minutos a horas luego de la vacunación.

Otros efectos adversos que se han identificado son: adenomegalias, convulsiones, síncope o respuestas vasovagales frente a la inyección, con o sin movimientos anormales.

Se han descrito algunos otros efectos adversos graves excepcionales y no se ha establecido aún su relación causal con la vacuna.

La vacunación es sólo una estrategia más de prevención del cáncer de cuello uterino disponible. Es imprescindible el control periódico con el ginecólogo, la realización del Papanicolau (PAP) en función de las recomendaciones vigentes, y la utilización de métodos de barrera (preservativos) en las relaciones sexuales. Además es importante recordar que no previene otras enfermedades de transmisión sexual, por lo que no sustituye el uso de métodos de barrera.

Las contraindicaciones para la vacunación son: hipersensibilidad (alergia) a algún componente de la vacuna. No se recomienda su uso durante el embarazo. En caso de estar cursando una enfermedad febril o de moderada o severa entidad se recomienda posponer la vacunación.

VACUNAS CON RECOMENDACIONES ESPECIALES

1. VACUNACIÓN ANTIGRIPAL

Si bien cualquier individuo que no presente contraindicaciones puede vacunarse contra la gripe, esta vacuna está especialmente recomendada para los siguientes casos. Estos adolescentes deberán recibir la vacuna anualmente durante la campaña previo al inicio del invierno.

- Adolescentes embarazadas (cualquier etapa del embarazo) durante el período de la campaña (puede administrarse junto a vacuna dpaT) o durante los primeros 6 meses post-parto;
 - Estudiantes o trabajadores de todas las áreas de la salud;
 - Portadores de enfermedades crónicas, priorizando:
 - EPOC, asma moderada a severa.
 - Obesidad severa.
 - Cardiopatías: cardiopatías congénitas, cardiopatía reumática y cardiopatía isquémica.
 - Diabetes insulino dependiente con co-morbilidad asociada.
- Inmunodeprimidos: pacientes con VIH, neoplasias, enfermedades renales o hepáticas crónicas, uso prolongado de medicamentos inmunosupresores. Se incluyen las personas convivientes con estos pacientes.
- Enfermedades hematológicas.
 - Enfermedades neuromusculares.
 - Se incluyen también niños o adolescentes que han recibido terapia con ácido acetilsalicílico y pueden desarrollar el síndrome de Reye.
 - Luego de la infección por el virus de la influenza.

La vacuna está contraindicada en:

- Personas con alergia comprobada al huevo;
- Personas con alergia comprobada frente a algún componente de la vacuna (anafilaxia previa a cualquier vacuna de la gripe).
- Se debe tener precaución en personas con síndrome de Guillain Barre o que lo hayan padecido en las 6 semanas posteriores a la administración de una dosis de vacuna antigripal.
 - En el caso de enfermedad febril en curso debe postergarse su administración.
 - No constituyen contraindicaciones y pueden vacunarse aquellas personas en las siguientes situaciones:
 - Infecciones de las vías aéreas superiores.
 - Asma u otras manifestaciones atópicas.

- Nacimiento prematuro o historia de ictericia al nacimiento.
- Historia familiar de convulsiones.
- Tratamiento con antibióticos o tratamiento con corticoides a bajas dosis o de uso.
- Enfermedades crónicas.
- Enfermedades neurológicas no evolutivas: parálisis cerebral, entre otras.
- Síndrome de Down.

2) VACUNA ANTINEUMOCÓCICA 23 VALENTE:

Adolescentes portadores de enfermedades crónicas: cardíacas, respiratorias (incluida asma), renales, diabetes, hepatopatías, antecedente de haber padecido una enfermedad neumocócica invasiva, alcoholismo, fumadores.

Esta vacuna se recibe por única vez a menos que los pacientes tengan menos de 65 años o sean portadores de insuficiencia renal crónica. En estos casos deben recibir una segunda y última dosis 5 años después de la primera.

La vacunación es gratuita, se puede recibir en cualquier centro vacunatorio, con receta (sin especificación de la indicación).

3) VACUNA ANTINEUMOCÓCICA 13 VALENTE:

Pacientes portadores de: asplenia funcional o anatómica, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas incluyendo pretransplantes, implante coclear, filtraciones del líquido céfalo-raquídeo por malformaciones congénitas, fractura de cráneo o procedimientos neuroquirúrgicos, portadores de VIH sin considerar el estado inmunológico.

Estos adolescentes además deberán recibir la vacuna antineumocócica 23 valente con un intervalo mínimo de 8 semanas entre ambas.

La vacunación es gratuita, se puede recibir en cualquier centro vacunatorio, con receta (sin especificación de la indicación)

En caso de viaje a EE.UU o Europa por estudios o trabajo, consultar al Departamento de Fronteras del Ministerio de Salud.

¿Qué se debe realizar si se sospecha de un evento adverso por cualquier vacuna?

Se debe comunicar al Ministerio de Salud mediante formulario en línea: https://formularios.agesic.gub.uy/orbeon/fr/msp/formulario_de_notificacion_esavi/new También se puede notificar al Sistema Nacional de Farmacovigilancia del Ministerio de Salud (Unidad de Farmacovigilancia) o la Unidad de Inmunizaciones.⁴³

43 | MSP Unidad de Inmunizaciones. Contactos: 1934 Int.4051. Correo electrónico infovacunas@msp.gub.uy

SALUD MENTAL

El concepto de salud mental es inseparable del concepto de salud integral. La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, es capaz de hacer una contribución a su comunidad, con capacidad para disfrutar y actuar solidariamente. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

Según la Organización Mundial de la Salud (2005)⁴⁴ los niños y adolescentes con una buena salud mental, son capaces de lograr y mantener un óptimo funcionamiento y bienestar psicológico y social. Tienen un sentido de identidad y autoestima, son capaces de establecer relaciones con su familia y con pares, de ser productivos y aprender, y de enfrentar los desafíos del desarrollo y usar los recursos culturales para maximizar el crecimiento. Esta definición tiene la ventaja de adecuarse a esta etapa del ciclo vital poniendo énfasis en las posibilidades de desarrollo del potencial individual y de asumir una vida activa y productiva individual y socialmente.

La adolescencia es una etapa que está sujeta a cambios y modificaciones permanentes que se expresan a nivel corporal, psíquico y social. Algunos de los ejes principales sobre los que gira esta etapa, de acuerdo a Brusset⁴⁵, se podrían sintetizar en: autonomía, identidad y sexualidad, los cuales deberán ser tenidos en cuenta en el abordaje de la salud mental de los adolescentes.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LOS ADOLESCENTES

Los problemas podrían tener tres orígenes:

- La continuación de una situación ya detectada en la niñez y que en esta etapa se agrava (ej. dificultades de aprendizaje).
- Síntomas exacerbados de lo que se considera propio de esta etapa de la vida (ej. angustia).
- Conductas sintomáticas que no son específicas de ninguna etapa de desarrollo y que son siempre problemáticas (ej. alucinaciones).

Por esto, en el encuentro con adolescentes se deberá conocer su historia infantil y observar la persistencia de determinadas conductas, señales o situaciones que, pudiendo ser típicas en esta etapa de la vida, cuando se presentan en forma intensa o reiterada a lo largo del tiempo, o afectan su vida personal, familiar y/o social, merecen ser consideradas y acompañadas de forma especial:

- Aislamiento, retraimiento.
- Bajo rendimiento académico.
- Trastornos alimentarios.

44 | Organización Mundial de la Salud. Políticas y Planes de Salud Mental para la infancia y la adolescencia. Paquete de Política de Salud Mental y Guía de Servicios, Ginebra: OMS: 2005.

45 | Brusset, B. Psicopatología del Adolescente. En: Tratado de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Lebovici,;Diatkine; Soule. Ed. Biblioteca Nueva. España. 1998.

- Trastornos del sueño.
- Desajustes conductuales.
- Conductas impulsivas.
- Angustia, tristeza, depresión.
- Separaciones, pérdidas, duelos, trastornos adaptativos.
- Conductas maníacas: euforia excesiva y/o constante, verborragia, hiperactividad.
- Conductas extravagantes.
- Situaciones y episodios de violencia: víctimas, victimarios y/ o testigos.
- Situación de exclusión social.
- Discriminación.
- Consumo problemático: sustancias (alcohol, tabaco, otras drogas) y/o conductas adictivas como el uso excesivo de Internet y nuevas tecnologías.
- Accidentes con consecuencias de moderada a severa intensidad.
- Autoagresiones, intento de autoeliminación, exposición a riesgos.
- Dificultades en los estudios y/o trabajo.
- Cualquier situación, conducta, sentimiento o emociones que genera sufrimiento.

LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LOS ADOLESCENTES

La atención de la salud mental en adolescentes presenta importantes desafíos para los equipos de salud, por lo que es recomendable:

- Elaborar estrategias de promoción y prevención desde una perspectiva compleja, integral, interdisciplinaria, de derechos, género y diversidad.
- Integrar a los adolescentes como protagonistas activos en la construcción de su vida y sus proyectos presentes y futuros.
- Entender y atender la salud mental como producto de factores que se articulan de manera compleja: históricos, personales, familiares y sociales junto con el momento particular de desarrollo que atraviesan los adolescentes.
- Tener en cuenta las prestaciones psicoterapéuticas y psicosociales en salud mental para niños, niñas, adolescentes y adultos.

Primer contacto

Una primera aproximación a la salud mental la realizará el profesional que asiste habitualmente a los adolescentes en los servicios de salud del primer nivel de atención.

La atención en salud mental es diferente a la atención psiquiátrica y comienza en la entrevista que cualquier integrante del equipo de salud mantiene con un adolescente que consulta por su control anual o por cualquier problema de salud. Es imprescindible por lo tanto, crear un clima de escucha.

Es importante realizar una evaluación diagnóstica global e integral donde la calidad de la información recabada se producirá a través de 3 fuentes sustanciales:

1. calidad y dinámica de la relación adolescente-profesional de la salud;
2. datos del funcionamiento intrapsíquico (a través del relato de su autoimagen, conductas y dinámicas relacionales, rasgos de personalidad, manejo de la agresividad, tolerancia a las frustraciones, etc.);
3. análisis de las interacciones en las esferas familiar y social.

Con base en estas 3 fuentes se realizará el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del adolescente⁴⁶.

Preguntas que pueden realizarse en el control de salud:

- ¿Cómo te ves a vos mismo?
- ¿Estás conforme con tu manera de ser?
- ¿Y con tu aspecto físico?
- ¿Te gustaría cambiar algo?
- ¿Qué cosas te hacen feliz?
- ¿Qué cosas te enojan?
- ¿Qué cosas te ponen triste?
- ¿Tenés amigos y amigas?
- ¿Qué actividades grupales realizas?
- ¿Cómo va el estudio?
- ¿Qué planes tenés para el futuro próximo?
- ¿Cómo es la relación con tu familia?
- ¿Te ha pasado alguna vez que alguien te hiciera algo o te obligara de alguna manera hacer algo que no querías?
- ¿Tenés a alguien en quien confiar para contarle todo lo que te pasa?
- ¿Alguna vez pensaste que no valía la pena vivir?

Recomendaciones saludables para todos los adolescentes según el momento y circunstancias:

- Estimular la participación en **actividades grupales**: deportivas, sociales, religiosas, políticas, comunitarias, de solidaridad, de salud, ofreciendo los sitios concretos a los cuales se puede recurrir en el barrio.
- Estimular el conocimiento y ejercicio de **sus derechos** y la promoción de ciudadanía.
- Conversar sobre sus preferencias en cuanto a **la vocación** (de acuerdo a la edad).
- Orientar a los adolescentes que tienen alguna inclinación o **talento** particular, hacia las organizaciones o instituciones que podrían ofrecer un espacio adecuado.

46 | Daniel Marcelli, Alain Braconnier. Psicopatología del adolescente Ed. Masson, Barcelona, 2005.

- Informar sobre las consecuencias de las **conductas de riesgo** más frecuentes, sin asustar y buscando que el propio adolescente sea capaz de ejercer su control.
- Cuando los problemas se relacionan con el **estudio, la familia, grupos de pares**, el barrio, novio o novia, ofrecer la ayuda necesaria para comunicarse con quien/es se crea necesario con el fin de mejorar la situación (profesores, familia, amigos, otros). Los adolescentes también precisan ser cuidados, acompañados y contenidos.

Atención con equipos de salud mental

Los adolescentes tienen derecho a la atención específica en salud mental.

Derivar al equipo de salud mental ante la presencia de las siguientes situaciones:

- Permanencia de los signos y/o síntomas descritos anteriormente.
- Crisis vitales graves sostenidas: duelos y pérdidas.
- Hechos traumáticos: accidentes graves, violaciones, catástrofes.
- Identificación de una situación de riesgo para sí, para terceros y/o para sus bienes.
- Ante la solicitud del adolescente o su familia, con el acuerdo del adolescente.
- Adolescentes con enfermedades crónicas, enfermedades graves, cirugías.
- Adolescentes que evidencian sensación de haber nacido en el cuerpo equivocado o intersexuales.

Las prestaciones de salud mental obligatorias, que están incluidas en el Plan integral de atención en salud (PIAS) desde el año 2008 son:

- ⊗ Atención ambulatoria con psiquiatra
- ⊗ Internación psiquiátrica: un máximo de 30 días por año calendario, excepto convenios en contrario suscritos por FONASA y los prestadores integrales (ASSE sin límite). - En el caso de los menores de 18 años no rige el límite de 30 días de internación.
- ⊗ Psicodiagnóstico
- ⊗ Abordajes psicoterapéuticos y psicosociales, estos se definen en el Plan de implementación de prestaciones en salud mental incorporados al PIAS⁴⁷(se presentan en siguiente cuadro). Los adolescentes pueden acceder a través de iniciativa propia, derivación de salud mental o del comité de recepción.

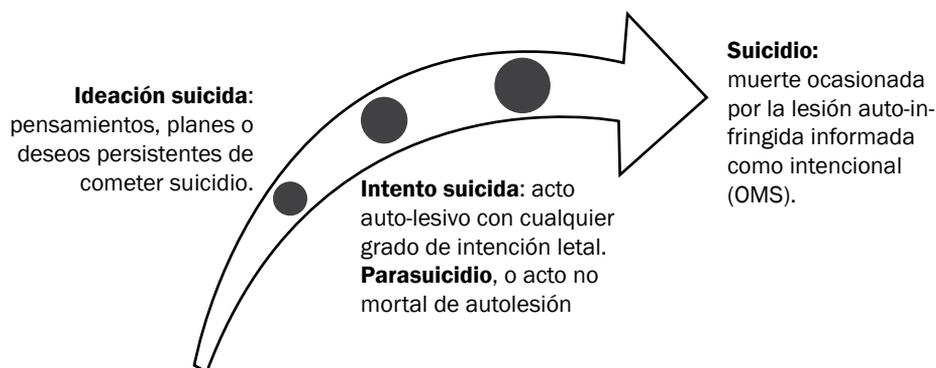
MODO	MODO 1	MODO 2	MODO 3
SESIONES	12 ANUALES (gratuitas)	24 ANUALES- de 10 a 14 años 48 ANUALES- de 15 a 19 años (con un copago preestablecido)	48 ANUALES 144 ANUALES (adolescente con discapacidad o trastorno autista) (copago menor que en modo 2)
MODALIDAD	GRUPAL	INDIVIDUAL, GRUPAL O DE FAMILIA	INDIVIDUAL O GRUPAL
POBLACIÓN OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> ● Padres (o familiares) con hijos en edad pre-escolar, escolar y adolescente. ● Padres (o familiares) con hijos con discapacidad mental, física o trastornos del espectro autista. ● Adolescentes. ● Embarazadas primerizas. ● Puérperas primerizas y/o pareja parental primeriza. ● Puérpera dentro del primer año con indicios de depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Adolescentes con dificultades de aprendizaje. ● Adolescentes con problemas situacionales y/o adaptativos. ● Adolescentes con IAE. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Adolescente en situación de abandono, violencia sexual y/o intrafamiliar. ● Adolescente con discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista. ● Consumo problemático de sustancias. ● Trastornos disruptivos. ● Trastornos del humor. ● Trastornos de ansiedad. ● Dificultades de aprendizaje específicas no resueltas en el Modo anterior.

SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Uruguay posee una de las tasas más altas de suicidio del continente: 17 cada 100.000 habitantes en promedio en los últimos diez años. Según datos internacionales, se estima que los intentos de autoeliminación (IAE) ocurren entre 10 y 20 veces más que los suicidios (OMS, 2014). Por tanto, en nuestro país, sumando los suicidios y los intentos, se puede estimar que la problemática alcanzaría al menos a entre 7.000 y 14.000 personas. A esta cifra es necesario sumar los afectados a nivel familiar, social y comunitario que el fenómeno genera.

Las ideas suicidas son frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores de riesgo (Barrero, 2004). Muchas conductas de riesgo e incluso intentos de autoeliminación en la adolescencia no están motivadas por el deseo consciente de morir en el sentido corriente que le damos a la muerte. Tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Estos son parte de un proceso de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de dilucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. Pero **estos pensamientos se vuelven patológicos cuando se configuran en la única forma de solución a los problemas que se viven. Por lo que se vuelve necesario que estos pensamientos se compartan con los pares y/o los adultos**⁴⁸.

Estudios realizados acerca de la ideación suicida (IS) subrayan que, aunque **no es un factor determinante** para llegar al suicidio, en alguna etapa de la vida de un adolescente, como ocurre en momentos de gran ansiedad e impulsividad, **puede convertirse en tal**. Por lo tanto, es posible ubicar la IS en uno de los polos de un continuum que puede terminar en la autodestrucción⁴⁹.



Concebir la conducta suicida como un continuum facilita la anticipación a cada una de las situaciones sucesivas

La mejor forma de detectar si los adolescentes tienen pensamientos suicidas es preguntándole. Hablar del Suicidio les permite hablar acerca de los problemas y la ambivalencia con la que están luchando y en muchos casos alivia al menos momentáneamente la tensión psíquica que constituye la ideación de muerte. De esta manera perciben que pueden ser ayudados. El riesgo es justamente que estas ideas permanezcan ocultas.⁵⁰

48 | Adolescencias: Un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente. Uruguay 2012.

49 | Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud, Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G.; Durán, M., Colección Art.2 Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC-UdelaR), 2013:36.

50 | Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud, Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G.; Durán, M., Colección Art.2 Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC-UdelaR), 2013:60.

Preguntar sin miedo sobre la existencia de este tipo de pensamientos es clave sobre todo cuando se identifican signos de depresión. La depresión puede estar o no presente o ser un factor concomitante. La depresión está presente en un alto porcentaje de adolescentes con conducta suicida por lo que se la considera uno de los principales factores de riesgo. Sin embargo hay que recordar que puede o no estar presente cuando existen pensamientos suicidas. **No todo adolescente que se suicida cursa depresión, ni todo el que está deprimido se suicida.**

Factores de riesgo y factores protectores

El reconocimiento de los síntomas y factores de riesgo de una forma oportuna, junto a una actitud solidaria y de contención de pares, educadores y familia, es uno de los principales **factores de prevención del suicidio.**

La presencia de amigos cercanos se constituye en un **factor protector**, así como lo es el conocimiento y cercanía de los padres a sus hijos y a los amigos de éstos. Conocer, acompañar, involucrarse con las actividades de los adolescentes con sus amigos, así como observar y estar alerta a conductas de aislamiento o de negación a participar en las actividades con sus amigos, puede ayudar a detectar tempranamente algún síntoma que demande atención.

Un intento previo de suicidio es la principal variable predictiva de muerte por suicidio en la población general (OMS, 2014).

Factores de Riesgo de conducta suicida en adolescentes

INDIVIDUAL	SOCIOCULTURAL	SITUACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> ● Intento de suicidio previo. Trastorno Mental. ● Abuso de alcohol o drogas. ● Desesperanza. ● Sentimiento de aislamiento. ● Falta de apoyo social. ● Pobres habilidades para resolver problemas (cognitivos). ● Tendencias agresivas. ● Impulsividad. ● Antecedentes de trauma, maltrato y/o abuso sexual. ● Angustia emocional aguda. ● Enfermedades crónicas, limitantes, incluyendo dolor. ● HIV. ● Antecedentes familiares de suicidio. ● Factores neurobiológicos. ● Trastornos en la identidad sexual (desarrollo personal). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Estigma asociado con búsqueda de ayuda. ● Barreras para el acceso a cuidado de la salud, especialmente salud mental y tratamiento de abuso de sustancias. ● Ciertas creencias culturales y religiosas (por ejemplo, que el suicidio es una resolución noble de un dilema personal). ● Exposición a comportamientos suicidas, a través de medios de comunicación, y/o influencia de otros que han muerto por suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de empleo y pérdidas financieras. ● Pérdidas relacionales, familiares o sociales. ● Conflictos entre padres (familiares) y relaciones padres/hijos problemáticas. ● Familias disfuncionales muy violentas (familiares). ● Fácil acceso a medios letales. ● Grupos locales de suicidio que pueden influir de forma contagiosa. ● Eventos estresantes en la vida. ● Problemas legales/disciplinarios, dificultades en la escuela. ● Abandono escolar. ● Redes sociales y medios de comunicación que inducen conductas suicidas.

Fuente: Extraída de la Guía de prevención de la conducta suicida en adolescentes⁵¹

De acuerdo a la OMS (2014) identificar a las personas de alto riesgo de suicidio y brindarles un seguimiento y apoyo es un componente clave de las estrategias integrales de prevención del suicidio.

En el caso de la adolescencia adquieren particular relevancia otros factores de riesgo como: pérdidas, fracasos escolares, conflictos familiares, antecedentes de maltrato y abuso, consumo de sustancias, problemas asociados a la identidad sexual.

Se entiende que el momento del control de salud de los adolescentes es una buena instancia para indagar acerca de su estado de ánimo ya que sobre todo en la adolescencia temprana los cambios generan preocupación, angustias e incertidumbre sobre la normalidad o no de estos propios cambios que atraviesan. Cabe

51 | Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud, Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G.; Durán, M., Colección Art.2 Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC-UdeLaR), 2013:60.

destacar que se ha creado la Comisión nacional honoraria de prevención del suicidio con carácter interministerial. Asimismo desde el Ministerio de Salud Pública está en marcha el Plan Nacional de prevención del suicidio.

El Área Programática de Atención en Salud Mental del Ministerio de Salud Pública⁵² elaboró una **guía de valoración del riesgo suicida** (5 pasos para evaluación y triage) para profesionales del primer nivel de atención (ver anexos).

A modo de síntesis los cinco pasos que se proponen son:

1. Identificar los factores de riesgo

- comportamiento suicida;
- presencia o antecedentes de trastornos psiquiátricos;
- síntomas clave;
- antecedentes familiares;
- factores precipitantes/estresores/vínculos;
- cambios en el tratamiento;
- acceso a armas de fuego.

2. Identificar factores protectores:

- internos;
- externos.

3. Indagar la conducta suicida:

- interrogatorio específico sobre pensamientos, planes, comportamientos, intencionalidad;
- preguntar a los padres/cuidadores/adulto referente protector sobre evidencias de pensamientos suicidas, planes o conductas, o cambios en el humor, comportamiento o disposición. Tener en cuenta que cuando está en riesgo la vida del adolescente el derecho a la confidencialidad queda limitado;
- indagar ideas homicidas.

4. Determinar el nivel de riesgo y la intervención:

La evaluación del nivel de riesgo está basada en el juicio clínico, una vez completados los pasos 1 a 3. Posteriormente se hará una nueva valoración, en la medida que las circunstancias ambientales o del paciente cambien.

52 | <http://www.msp.gub.uy/programas/%C3%A1rea-program%C3%A1tica-salud-mental>

5. Registro:

Registrar: nivel de riesgo y justificación, plan de tratamiento a implementar/reducción del riesgo actual (ej. lugar de atención, medicación, psicoterapia, contacto con referentes familiares, consulta); instrucciones respecto a armas de fuego, de ser necesario. Para jóvenes, el plan de tratamiento debe incluir el rol de los padres/cuidadores.

La valoración del riesgo suicida debe hacerse en el primer contacto, ante cualquier comportamiento suicida subsecuente, el aumento de la ideación, o cualquier cambio clínico que lo amerite.

Siempre diferenciar entre factores de riesgo y señales

Factores de riesgo y señales

FACTORES		SEÑALES	
Condiciones que favorecen la precipitación de un acto suicida en personas vulnerables.	Manifestaciones verbales y/o no verbales que nos alertan acerca de la posibilidad de autoeliminación.		
	VERBALES	NO VERBALES	
	“Estarían mejor sin mí”. “Estoy de más”. “La vida no vale la pena”. “Si esto... sigue así me mato”. “Quisiera terminar con todo”. “Quisiera dormirme y no despertar”. “Voy a matarme”. “Cuando yo no esté se van a arrepentir”. “Fulano hizo bien en matarse... la tenía clara”.	Automutilaciones (cortes). Bajar rendimiento escolar Regalar cosas significativas sin motivo aparente. Abandono de actividades que producían placer. Aislamiento/abandono personal.	

Fuente: extraído de la Guía de prevención de la conducta suicida en adolescentes⁵³ (adaptado de Guía de prevención de conducta suicida).

Por ser un tema delicado y difícil de interrogar, es útil adentrarse en el tema gradualmente una vez que se haya establecido un grado de empatía adecuada. Se debe procurar que la persona se sienta cómoda expresando sus sentimientos, especialmente aquellos negativos, con sus propias palabras.

53 | Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud, Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G.; Durán, M., Colección Art.2 Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC-UdelaR), 2013.

Características de la comunicación con adolescentes con factores de riesgo

CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN	
QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar atentamente, permaneciendo calmado. • Entender los sentimientos de la persona (empatía con el otro). • Transmitir mensajes no verbales de aceptación y respeto. • Expresar respeto por las opiniones y valores de la persona. • Hablar honesta y genuinamente. • Demostrar interés, preocupación y calidez. • Centrarse en los sentimientos de la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrumpir con demasiada frecuencia. • Escandalizarse o emocionarse. • Manifestar que está ocupado. • Ser condescendiente. • Hacer comentarios indiscretos o poco claros. • Hacer preguntas tendenciosas. Pregunta tendenciosa es aquella que conduce o dirige a una determinada respuesta. que no siempre refleja su postura. Ej: “¿No pensaste en quitarte la vida?” induce a que la respuesta sea “NO”.
<p>Se requiere un acercamiento tranquilo, abierto, afectuoso, adecuado y sin juicios para facilitar la comunicación.</p>	

Fuente: Extraída de la Guía de prevención de la conducta suicida en adolescentes⁵⁴.

Una secuencia de preguntas útiles podría ser la que se presenta en el siguiente cuadro:

Qué preguntar ante un adolescente con Ideación Suicida

Estado emocional actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio.	¿Te sientes infeliz o desvalido/a? ¿Te sientes desesperado/a? ¿Sentís que nadie se preocupa por ti o que no le interesas a nadie? ¿Te sentís incapaz de enfrentar cada día? ¿Sentís la vida como una carga?	¿Te parece o tenés la sensación que la vida no tiene sentido? ¿Sentís que no merece la pena vivir la vida? ¿Sentís o has sentido deseos de matarte? ¿Alguna vez pensaste en quitarte la vida? ¿Alguna vez intentaste quitarte la vida?
Ideación Suicida.		

54 | Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud, Lacroix, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G.; Durán, M., Colección Art.2 Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC-UdelaR), 2013.

Plan suicida actual. Qué tan preparada está la persona, qué tan pronto lo realizará y si ha pensado la forma (método).	<p>¿Has hecho planes para terminar con tu vida?</p> <p>¿Tenés idea de cómo vas a hacerlo? o ¿Pensaste una forma para hacerlo?</p> <p>¿Has pensado o decidido cuándo hacerlo?</p> <p>¿Has pensado la forma de hacerlo?</p> <p>¿Has decidido cómo hacerlo?</p>
Acceso a medios letales. El método seleccionado indica el nivel de gravedad y letalidad del mismo.	<p>¿Tenés píldoras, revólver, insecticida, sogas u otros medios?</p> <p>¿Están a tu entera disposición?</p>
El sistema de apoyo de la persona.	Familia, amigos, sistema educativo, sanitario, redes sociales, etc.
El diálogo debe ser creado para, y adaptado a, cada situación. El diálogo implica, primero y ante todo, el reconocimiento de la identidad de los adolescentes y también su necesidad de ayuda.	

Qué aspectos evaluar de la ideación suicida

VALORACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA	
CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/ DESEOS DE SUICIDIO	Duración: breve, prolongada, continua .
	Frecuencia: rara, ocasional, intermitente, continua .
	Actitud hacia los pensamientos/deseos: rechazo, ambivalencia, aceptación .
	Control: sobre la acción/deseo de suicidio.
	Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar): existencia de razones o ninguna .
	Razones para pensar/desear el intento suicida: llamada atención, venganza, escapar, acabar, salir de problemas .

CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO	Método
	Especificidad/oportunidad de pensar el intento: sin considerar a considerado con detalles.
	Disponibilidad/ oportunidad de pensar el intento: no disponible a disponibilidad y oportunidad.
	Sensación de “capacidad”: falta de valor a seguro.
	Expectativa/anticipación de un intento real.
ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO	Preparación real: ninguna a completa.
	Nota suicida: ninguna a realizada.
	Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). Ninguno a realizado.
	Intento de suicidio anteriores: No/ SI.
	Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida No/ SI.

Fuente: Extraída de la Guía de prevención de la conducta suicida en adolescentes⁵⁵.

Abordaje

Toda persona que presente un riesgo suicida alto se le realizará una evaluación integral de forma urgente por parte de su prestador, jerarquizando la valoración del riesgo vital. Se tomarán medidas de precaución para la conducta suicida. Se realizará un plan de tratamiento, el cual deberá procurar la integración entre los niveles de atención y promoverá la articulación interinstitucional cuando sea pertinente.

En todos los adolescentes con riesgo se deberá promover la **coordinación entre el servicio de salud para adolescentes y el equipo de salud mental.** Se deberá coordinar en el curso de la primera semana con el servicio de salud para adolescentes, con criterios de accesibilidad.

En el caso de un intento de autoeliminación se deberá utilizar la Ficha de registro y notificación obligatoria del intento de autoeliminación (ordenanza N° 801 del 26/12/2012) facilitando la captación y el seguimiento. Siguiendo la misma línea, se deberá aplicar el Protocolo de atención y seguimiento a las personas con IAE en el SNIS del Ministerio de Salud.

El Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS establece la atención en el **Modo 2** para las personas con intento de autoeliminación, de acuerdo a las pautas establecidas. Los familiares o vínculos cercanos de la persona que haya realizado un IAE en el último año tienen derecho a ser asistidos por el prestador del SNIS que le corresponda. El Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) establece su atención en el **Modo 1**, de acuerdo a las pautas establecidas.

55 | Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud, Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G.; Durán, M., Colección Art.2 Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC-UdelaR), 2013.

NUTRICIÓN

Las necesidades nutricionales en esta etapa aumentan debido al incremento en la velocidad de crecimiento, que llega a ser la máxima de toda la vida. Este aumento de las necesidades nutricionales se relaciona más con la etapa de desarrollo que con la edad cronológica. Estas demandas nutricionales se contraponen con los cambios de conducta alimentaria. Factores culturales, necesidad de socialización y deseos de autonomía pueden derivar en desórdenes de los hábitos y/o de la calidad de lo ingerido. El exceso de peso constituye el principal problema nutricional detectado en los estudiantes encuestados en la II Encuesta Mundial de Salud Adolescente realizada en Uruguay en el año 2012, EMSE⁵⁶: el consumo diario de refrescos azucarados así como el consumo de alimentos en locales de comida rápida es una práctica muy frecuente entre los jóvenes escolarizados. Se ha demostrado que un adecuado ambiente en el hogar y el centro educativo, que induzca a elegir y exigir alimentos saludables, podría contribuir a prevenir la obesidad y reducir el riesgo de contraer ENT.

Evaluación antropométrica del estado nutricional de los 10 a los 19 años

La evaluación del estado nutricional, el marco del control de salud del adolescente, se realiza por **antropometría**, a través de la medición del peso y la talla, los cuales se relacionan con la edad y entre sí y se comparan con los estándares de referencia.

El **índice talla para la edad** es el indicador resultante de comparar la talla del adolescente con la talla de referencia correspondiente a su edad; permite evaluar el crecimiento lineal alcanzado en, según las referencias de crecimiento corporal OMS 2007 incluidas en los anexos.

Clasificación de la valoración nutricional de adolescentes según talla para la edad

CLASIFICACIÓN	PUNTOS DE CORTE
Talla alta	>Percentil 97
Talla baja	<Percentil 3
Talla baja severa	<Percentil 1

Fuente: Referencia de crecimiento OMS 2007.

El **índice de masa corporal** es la razón entre el peso (expresado en kg) y el cuadrado de la talla (expresada en metros): $IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$.

El IMC calculado se interpreta comparándolo con las curvas y/o tablas de referencia de la OMS 2007 incluidas en los anexos.

56 | Adolescencias: Un mundo de preguntas. II encuesta mundial de salud estudiantil. GSHS, Uruguay 2012.

Clasificación de la valoración nutricional de adolescentes según índice de masa corporal para la edad

CLASIFICACIÓN	PUNTOS DE CORTE
Obesidad	>Percentil 97
Sobrepeso	>Percentil 85
Delgadez	<Percentil 3
Delgadez severa	<Percentil 1

Fuente: Referencia de crecimiento OMS 2007.

Es importante tener precaución: se prefiere no usar ante el adolescente los términos de “sobrepeso” y “obesidad” a fin de no adjudicar una etiqueta de enfermedad crónica incurable como se considera hasta el momento a la obesidad, sobre todo teniendo en cuenta la especial condición de construcción de identidad en estas edades todavía tempranas.

Usos de las gráficas de la OMS

En adolescentes resulta fundamental el registro de las mediciones antropométricas en los gráficos de referencia. Las mediciones seriadas permiten tener una visión de la historia nutricional de los mismos a través del tiempo. Deben ser efectuadas por personal entrenado, usando instrumentos adecuados y técnicas rigurosamente definidas.

En cada control se dibujara, en las gráficas correspondientes para cada sexo, el punto de intersección de los valores de IMC y de talla con relación a la edad cronológica al momento del control. Dichos puntos se unen mediante una línea con el punto correspondiente al valor obtenido en el control anterior. Se construirá así una curva que permita conocer la tendencia del crecimiento a través del tiempo y comparar cada nuevo valor con las medidas previas.

Especial atención se dará a la tendencia ascendente de la curva del IMC, sobre todo cuando hay ascensos de más de 2 puntos en el IMC por año. Esto requerirá evaluación cuidadosa del estado nutricional y vigilancia especial del adolescente.

Debe considerarse que la mayoría de los adolescentes que presenten malnutrición tanto por déficit como por exceso, pueden ser contenidos y tratados en el primer nivel de atención a través de un abordaje interdisciplinario y ajustando sus controles en un plan de seguimiento. No así los cuadros de desnutrición o de obesidad asociado a otros factores de riesgo cardiovascular o comorbilidades que deben ser derivados a 2° nivel de atención.

Circunferencia de la cintura

La circunferencia de cintura (CC) es un buen predictor de la distribución central de grasa.

Es una herramienta muy útil en el seguimiento clínico de pacientes obesos y para la valoración en la composición corporal. Los cambios de hábitos como la mejora de la calidad de la alimentación y el aumento de la actividad física, pueden determinar que disminuya la CC aún cuando no se registren cambios del IMC.

Para el seguimiento de este parámetro es fundamental medir la cintura siempre en el mismo lugar para poder comparar sus cambios a lo largo del tiempo y así como usar la misma técnica de medición a la de la referencia seleccionada. En esta guía se incluye la tabla de referencia de Fernández y colaboradores⁵⁷, la cual utiliza como sitio de medición el borde suprailíaco.

Medir CC en borde superior de cresta ilíaca:

Por palpación localizar el borde lateral superior de cresta ilíaca derecha y medir la circunferencia de la cintura.

El adolescente debe estar de pie con el abdomen relajado, ambos brazos al costado del cuerpo y los pies ligeramente separados. La medida se debe tomar al final de la espiración.

Interpretar la medición de CC:

Valores de CC > a percentil 75 y > a percentil 90 pueden determinar un riesgo alto y muy alto respectivamente, de tener enfermedades cardiovasculares y enfermedades metabólicas (hiperinsulinemia, diabetes tipo 2, entre otras).

Tabla de referencia circunferencia de cintura Fernández y colaboradores (2004)

VARONES

Percentilo	10°	25°	50°	75°	90°
Edad					
10	57.0	59.8	63.3	69.2	78.0
11	58.7	61.7	65.4	71.7	81.4
12	60.5	63.5	67.4	74.3	84.8
13	62.2	65.4	69.5	76.8	88.2
14	63.9	67.2	71.5	79.4	91.6
15	65.6	69.1	73.5	81.9	95.0
16	67.4	70.9	75.6	84.5	98.4
17	69.1	72.8	77.6	87.0	101.8
18	70.8	74.6	79.6	89.6	105.2

57 | Fernandez JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist Circumference percentiles in National Representative samples of African- American, European- American, Mexican- American children and adolescents. J Pediatr 2004; 145:439-44.

MUJERES

Percentilo	10°	25°	50°	75°	90°
Edad					
10	56.3	58.6	62.8	68.7	76.6
11	57.9	60.3	64.8	71.1	79.7
12	59.5	62.0	66.7	73.5	82.7
13	61.0	63.7	68.7	75.9	85.8
14	62.6	65.4	70.6	78.3	88.8
15	64.2	67.1	72.6	80.7	91.9
16	65.7	68.8	74.6	83.1	94.9
17	67.3	70.5	76.5	85.5	98.0
18	68.9	72.2	78.5	87.9	101.0

- Medir circunferencia en borde superior de cresta iliaca
- Para los 19 años se toman los mismos valores que para los 18 años.

Fuente: adaptado de Fernandez, JR., Redden, DT., Pietrobelli, A., Allison, DB., J. *Pediatr* 2004; 145:439-44

EDAD BIOLÓGICA

La valoración nutricional antropométrica del adolescente, considerando su edad cronológica, no tiene en cuenta el grado de desarrollo puberal o edad biológica; este último se valora con los Estadios de Tanner, por lo tanto, es necesario ajustarla siguiendo los siguientes criterios:

1. Se deberá evaluar primero la edad biológica y comparar con la edad cronológica, entre las edades de 8 a 14 años en el sexo femenino y en los varones de los 10 a 15 años. En las edades fuera de este rango no es necesario evaluar edad biológica.
2. Para el cálculo de la edad biológica, se considerarán los índices de Tanner de desarrollo mamario para las adolescentes y de desarrollo genital para los varones (ver tablas a continuación).
3. Cuando ambas edades coinciden (diferencia menor de 1 año) se evaluará el IMC según edad cronológica, usando los criterios ya definidos.
4. Cuando exista un desfase de más de 1 año entre la edad cronológica y la edad biológica (maduradores tempranos o tardíos), el IMC se evaluará según su edad biológica estimada por los estadios de Tanner. Esta corrección es necesaria por cuanto entre una y otra etapa de Tanner se produce un aumento del IMC que corresponde a 0.5 unidades para los varones y 1 unidad para las mujeres.

CLASIFICACIÓN DE LA EDAD BIOLÓGICA SEGÚN ESTADIOS DE TENNER

Estadio de Tenner	Característica de la mama	Edad biológica (años y meses)
Mama I	No hay cambios o ligera elevación del pezón	< 10 a y 6 m
Mama II	Aparece el botón mamario. Crecimiento de la glándula	< 10 a y 6 m
Mama III	Mama en forma de cono. Inicia el crecimiento del pezón	11 a
Mama IV	Crecimiento de la areola y del pezón: doble contorno	12 a
Mama V	Mama adulta. Solo es prominente el pezón	< 12 a y 8 m

Fuente: Burrows R. Muzzo S. Rev Chil Nutr 1999; 26: 95S 101S

Estadio de Tenner	Característica de los genitales	Edad biológica (años y meses)
Genitales I	No hay cambios	< 12 a
Genitales II	Escroto y testículos aumentan ligeramente de tamaño	12 a
Genitales III	Crece el pene ligeramente, sobre todo en longitud	12 a 6 m
Genitales IV	Engrosamiento del pene y desarrollo de testículos y escroto	13 a 6 m
Genitales V	Genitales adultos	14 a 6 m

Fuente: Burrows R. Muzzo S. Rev Chil Nutr 1999; 26: 95S 101S

En el caso de adolescentes que practican deportes o realizan ejercicios de sobrecarga, su peso corporal puede estar incrementado en masa muscular y densidad ósea en lugar de grasa. En este caso es normal el aumento del IMC, indicador que considera en su composición la cantidad de grasa, músculo, hueso, vísceras, fluidos y piel.

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Para evaluar el estado nutricional del adolescente es necesario implementar una encuesta alimentaria, lo más amplia posible, de forma de poder conocer si se están cubriendo sus necesidades nutricionales e identificar factores de riesgo frente a conductas alimentarias poco saludables. Explorar los hábitos alimentarios implica conocer la estructuración de las comidas, la distribución de éstas a lo largo del día, la presencia o no de ingestas compulsivas, el número de bebidas o comidas fuera de las comidas principales y la composición de las mismas.

Durante la adolescencia ocurren grandes cambios pondo-estaturales, generados por el aumento del tamaño de órganos, crecimiento de masa muscular y masa ósea, así como aumento y redistribución de tejido adiposo particularmente en adolescentes mujeres. Esta aceleración del crecimiento determina un incremento de las necesidades nutricionales, tanto de energía como de nutrientes específicos, por lo cual las recomendaciones nutricionales deben adecuarse a las necesidades fisiológicas.

La adolescencia es, en sí misma, una etapa que se torna conflictiva en relación con hábitos y costumbres, y en particular frente a la relación con el cuerpo y los alimentos. Aparecen y se superponen otros intereses y presiones relacionados con el entorno social que pueden incidir negativamente en las conductas alimentarias. La promoción de una alimentación saludable debe favorecer una imagen positiva del propio cuerpo y ayudar a construir y reforzar la autoestima de los adolescentes. Debemos estar atentos a la presencia de factores de riesgo o signos de trastornos de la conducta alimentaria.

ORIENTACIONES PARA LA CONSEJERÍA SOBRE ALIMENTACIÓN

A continuación se presentan los 11 mensajes de la Guía alimentaria para la población uruguaya del Ministerio de Salud Pública, la cual tiene como objetivo promover hábitos alimentarios y estilos de vida saludable, a través de una herramienta educativa dirigida a favorecer la toma de decisiones de la población y contribuir a la revalorización de la cultura alimentaria basada en un sistema alimentario sustentable.

1	Disfrutar de la comida: comer despacio y, cuando sea posible, hacerlo en compañía.
2	Basar la alimentación en alimentos naturales y evitar el consumo de productos ultra procesados con alto contenido en grasas, azúcar y sal en el día a día.
3	Comenzar el día con un buen desayuno y no saltarse comidas.
4	Cocinar nuestros propios alimentos hace bien: descubrir el gusto por la cocina y que sea una actividad compartida.
5	Ser crítico con la información y los mensajes publicitarios que se reciben sobre alimentación.
6	Actividad física y disminución del tiempo de permanencia sentado.
7	Preferir siempre el agua a otras bebidas. Limitar los refrescos, los jugos artificiales y las aguas saborizadas.
8	Incorporar verduras y frutas en todas tus comidas. Ayuda a sentirte bien y mantener un peso adecuado.

9	Elegir aceite para las preparaciones en lugar de otras grasas. Evitar comprar productos con excesiva cantidad de grasas y especialmente los que contengan grasas trans.
10	Incluir el pescado al menos una vez a la semana y disminuir el consumo de carnes procesadas, como fiambres y embutidos.
11	Disminuir la sal y el azúcar para cocinar: pequeñas cantidades son suficientes para realzar el sabor.

Teniendo en cuenta la primera recomendación y conociendo el contexto socioeconómico actual, en el que la familia se reúne mayoritaria y únicamente al momento de la cena, destacamos la importancia de compartir la mesa. Este debe ser un momento de encuentro, donde reforzar vínculos, intercambiar ideas y discutir diferentes temas. Todo lo que genera la oportunidad de atención, orientación y escucha, tan necesarias en esta franja etaria.

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

La actividad física tiene un impacto multidimensional en la salud y en el desarrollo de los adolescentes, sin embargo en nuestra población, según datos de la Encuesta mundial de salud estudiantil, se identifica que la gran mayoría de los estudiantes adolescentes no realizan actividad física en forma frecuente y son las mujeres aún menos activas que los varones.⁵⁸

A continuación se definirán términos frecuentemente considerados sinónimos cuya distinción es de fundamental importancia ya que conllevan acciones y efectos distintos y por lo tanto tienen diferente impacto en la salud.

ACTIVIDAD FÍSICA

Es cualquier movimiento corporal intencional producido por los músculos esqueléticos que determina un gasto energético. Incluye las actividades diarias como subir escaleras, realizar tareas del hogar o en el trabajo, trasladarse caminando o en bicicleta y las actividades recreativas.

La actividad física puede subdividirse en:

- Actividad física no estructurada.
- Actividad física estructurada, que comprende ejercicio físico y deporte.

58 | Adolescencias: Un mundo de preguntas. II encuesta mundial de salud estudiantil. GSHS, Uruguay 2012.

EJERCICIO FÍSICO

Actividad física estructurada, planificada, y repetitiva realizada con el objetivo de mantener o mejorar la condición física del individuo.

Son actividades tales como ir al gimnasio, salir a caminar, correr o andar en bicicleta realizadas con una frecuencia, duración, e intensidad determinadas.

DEPORTE

Se entiende por deporte todo tipo de actividades físicas, que mediante una participación organizada o de otro tipo, tengan por finalidad la expresión o la mejora de la condición física o psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales, o el logro de resultados en competiciones de todos los niveles (Carta Europea del Deporte 1992).

DIEZ MENSAJES DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA ADOLESCENCIA

- 1. Mínimo moverse 60 minutos diarios** en forma moderada a intensa.
- 2. Disminuir tiempos de estar sentado** como estar frente a pantallas (PC; videojuegos, celular, televisión).
- 3. Generar una asociación positiva** de la actividad física desde la infancia para favorecer la adopción de conductas activas en la adolescencia y adultez.
- 4. Incluir la actividad física en la vida cotidiana**, desde la recreación, traslados (caminando, en bicicleta, patineta, etc.), juegos en el centro de estudio y en el tiempo libre.
- 5. La actividad física puede ser deporte, ejercicios o cualquier movimiento de la vida diaria que estimula los músculos y huesos a desarrollarse. El juego y la diversión** deben de estar asociados a la práctica de actividad física.
- 6. Aprovechar los servicios de la comunidad** (parques, plazas de deporte, centros comunitarios).
- 7. La familia debe involucrarse** en forma positiva y no opresiva en que el adolescente realice la actividad física que le guste y mejor se adapte a su vida. Acompañarlos y estimularlos.
- 8. Ser un ejemplo** de persona activa es uno de las acciones con mayor impacto en esta edad, padres, madres, docentes, amistades, personas cercanas activas.
- 9. Favorecer actividades grupales de los adolescentes con pares que sientan afinidad.**
- 10. La mayoría de los adolescentes pueden realizar actividad física diaria, son escasos los casos en que está limitada o prohibida por algún riesgo en salud. El control del adolescente** contribuye a la práctica segura.

SEDENTARISMO

Conducta en la que predominan actividades que requieren bajo gasto de energía como estar sentado o acostado, ver televisión, jugar videojuegos, estar frente a la computadora.

Inactividad física

La inactividad física se define cuando una persona no alcanza las recomendaciones mínimas actuales de actividad física para la salud de la OMS (ver los requerimientos en "recomendaciones").

Los ejercicios de tipo aeróbico son aquellos en los que la generación de energía necesaria para el movimiento se realiza en presencia de oxígeno. Se necesita respirar para su ejecución. Son esfuerzos leves, moderados o hasta intensos pero son bien tolerados ya desde la infancia.

Los ejercicios de tipo anaeróbico son aquellos en los que la contracción muscular que implica el movimiento obtiene su energía de cadenas metabólicas sin presencia de oxígeno. No se necesita respirar. Son esfuerzos intensos pero de corta duración. Su rendimiento en ATP es muy inferior al ejercicio aeróbico, pero la producción del mismo es más veloz. Saltar, levantar pesas, un sprint de pocos metros, son ejemplos de ejercicios anaeróbicos. Es una forma de ejercicio que empieza a ser mejor aceptada a medida que progresa la adolescencia.

El entrenamiento de la fuerza es sumamente favorable en estas edades. El sostén de la postura de la columna vertebral requiere de una masa muscular bien tonificada a nivel dorsal, lumbar, cervical y abdominal. El deporte, la diversión, el trabajo o la vida cotidiana misma en los jóvenes y en las personas adultas son de mejor calidad ante una estructura muscular firme. Es importante destacar que los ejercicios de fuerza pueden ser realizados con el peso del propio cuerpo de la persona mediante esfuerzos de tracción o de presión: saltar, colgarse de una barra, realizar ejercicios abdominales, "lagartijas", etc.

También pueden usarse pesas o barras adicionales al peso corporal pero esto debe ser indicado por un técnico entrenado para esto y lo hará siguiendo principios de adecuación de la carga, de alineación de la columna vertebral en cada estación, de elongación de los grupos musculares usados, de gradualidad en el incremento de las pesas y de monitoreo de resultados.

El entrenamiento contra resistencia contribuye a formar huesos más fuertes, anchos y compactos. El riesgo de lesiones por ejercicios de carga en los jóvenes es mínimo si se siguen los planes adecuados de entrenamiento. Al principio basta usar el peso de su propio cuerpo, para luego, gradual y controladamente, incrementarlo con sobrecargas adicionales. Las ganancias de fuerza logradas mediante el entrenamiento contra resistencia en adolescentes favorecen una eficaz coordinación de las habilidades motoras, mejor actividad de la unidad motriz y maduración de las estructuras músculo-esqueléticas y neurológicas, logrando mejor coordinación para los movimientos complejos y muchas veces necesarios para el correcto gesto deportivo.

Lo ideal es combinar ejercicios aeróbicos, que resultan en una protección de la salud integral para la persona y reducen masa grasa, junto con ejercicios de fuerza que tonifiquen masa muscular, le mejoren su volumen y mantengan el eje de la columna vertebral y las articulaciones protegidas y alineadas.

Beneficios actividad física en la salud de los adolescentes.

Los beneficios de la AF y el deporte en adolescentes está dado sustancialmente por:

- una mejor función cardio respiratoria y mayor fuerza muscular;
- una reducción de los niveles de grasa corporal;
- una mayor estimulación para los estímulos de maduración de las estructuras músculo esqueléticas;
- en lo referido a salud mental reduce el riesgo de depresión, ansiedad, mejor desarrollo cognitivo;
- previene el desarrollo de enfermedades no transmisibles como diabetes, hipertensión arterial, cáncer.

Más allá de todo lo fisiológico, no debemos olvidar el factor integrador, socializador y de inclusión que tienen la actividad física y el deporte. Genera lazos en la comunidad y sentido de pertenencia, lo cual es fundamental para la maduración de la personalidad y para la integración social del individuo.

Recomendaciones de actividad física para adolescentes.

La recomendación de la OMS para adolescentes es:

- Un mínimo de 60 minutos diarios de actividad moderada o intensa.
- Un tiempo de actividad física mayor a 60 minutos diarios aporta beneficios en salud adicionales.
- Incorporar como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

Aspectos a tener en cuenta

Para la práctica de ejercicio y deportes en condiciones de mayor seguridad son recomendables:

- Control de salud.
- Calzado y vestimenta adecuado.
- Hidratación.
- Protección ante radiación UV.
- Preparación adecuada para adaptación al ejercicio o deporte.
- Descanso adecuado.
- Alimentación saludable (Guía alimentaria).

SALUD BUCAL

La salud bucal de la población adolescente ocupa el interés del equipo de salud. En la adolescencia se puede presentar un aumento en la actividad de caries y en muchos casos de la enfermedad periodontal (encías), debido a los cambios biológicos, emocionales, de hábitos, de estilo de vida, propios de la edad. Los aspectos estéticos juegan un papel fundamental y la odontología extraccionista no es acorde a las necesidades sentidas de los individuos.⁵⁹

En función de la normativa vigente⁶⁰ los prestadores deberán realizar:

- a) Controles odontológicos periódicos preventivos.
- b) Avulsiones dentarias, cirugía buco maxilar y buco maxilofacial.
- c) Urgencias odontológicas.

La atención de los afiliados tendría como mínimo el siguiente contenido:

- a) Examen bucal, diagnóstico y plan de tratamiento.
- b) Radiografías dentales.
- c) Educación y prevención.
- d) Técnica de Massler.
- e) Sellantes selectivos.
- f) Obturaciones en dientes temporarios y permanentes con amalgamas, silicatos, resinas compuestas, vidrio ionómero, etc.

59 | Programa Nacional de Salud Bucal, MSP 2008. <http://www.msp.gub.uy/programa/programa-nacional-de-salud-bucal-0>

60 | Plan Integral de Prestaciones de salud (PIAS). <http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/plan-integral-de-atenci%C3%B3n-en-salud-pias>

Medidas de promoción y prevención.

Promover y reforzar el hábito del cepillado de dientes, siempre después de las comidas y fundamentalmente el cepillado nocturno.

En oportunidad del encuentro clínico de los adolescentes en el espacio de salud se deberá constatar:

EXAMEN	OBSERVACIÓN	IMPORTANCIA
Salud Bucal	Constatar el control semestral odontológico. Indagar síntomas y signos de enfermedades bucales: dolor, sangrado de encías y alteraciones de las funciones bucales.	Indicar el control semestral con odontólogo. Derivar a la consulta inmediata frente a los mismos.

La consulta de control⁶¹ incluye el examen clínico y las acciones preventivas de educación para la salud, enseñanza de higiene bucal, profilaxis, aplicación tópica de flúor.

Examen clínico: historia de salud enfermedad, diagnóstico y plan de tratamiento.

Consulta: prestación destinada a la solución de un problema específico, no significa intención de continuidad en el tratamiento.

Consulta de emergencia: destinada a la solución de la urgencia y emergencia de origen bucal.

En la adolescencia los traumatismos son frecuentes en situación de:

- accidentes y deportes de contacto
- perforaciones bucales estéticas en labios y lengua (piercings); pueden provocar infecciones y dañar las encías y el esmalte del diente.

EN CASO DE ACCIDENTES DENTALES SIEMPRE CONSULTAR EN MENOS DE 1 HORA.

Si se cae todo el diente permanente	Buscar el diente, tomarlo por la corona, no tocar la raíz. Lavarlo con agua. Colocarlo en su lugar mordiéndolo con un pañuelo. Si no es posible colocar el diente en su lugar, ponerlo en un vaso con leche o agua fría o entre los molares inferiores y la mejilla. Nunca dejarlo en seco ni envolverlo.
Si se cae un trozo de diente permanente	Sumergirlo en agua.

61 | Entre los 10 a 18 años la consulta de control odontológico es semestral y no tiene costo, según Decreto 81/2012. Contrato de Gestión del SNIS.

Recomendaciones sobre los piercings orales

Las prácticas de arte corporal, como los tatuajes y perforaciones (piercings), han ganado recientemente un mayor grado de popularidad entre adolescentes y jóvenes. En la cavidad bucal, los sitios seleccionados para realizar la colocación de piercings son los labios, las mejillas y la lengua. La perforación oral suele comenzar durante la adolescencia y se vuelve más popular entre los 20-30 años⁶².

A los adolescentes y jóvenes que llevan una perforación, se sugiere mantener la zona limpia, evitar morder o apretar el piercing contra los dientes, quitar el mismo y proteger la boca con un protector bucal durante la práctica de deportes. Así como la valoración periódica por odontólogo.

La perforaciones orales pueden traer aparejadas la presencia de complicaciones tempranas o tardías, por lo que los técnicos de la salud deben tenerlos presentes para realizar educación, prevención y tratamiento de ser necesario⁶³. Dentro de las complicaciones tempranas, se describen dolor, edema, hemorragias e inflamación, reacciones alérgicas o de hipersensibilidad en el sitio perforado. Se puede presentar entumecimiento lingual causada por daño nervioso, que si bien generalmente es temporal, podría ser permanente⁶⁴. En menor medida se han presentado complicaciones graves como angina de Ludwing, abscesos, endocarditis y obstrucción de las vías aéreas. Dentro de las complicaciones tardías se incluyen erosiones y fracturas dentarias, recesión gingival, periodontitis, hiperplasias en la zona del sitio perforado, aumento de la concentración de bacterias periodontopatógenas y aumento de la prevalencia de candida albicans⁶⁵. Deben tenerse presente los riesgos por falta de cumplimiento de las normas de bioseguridad dentro de los que se describen infección por hepatitis o VIH.

La incidencia de recesiones gingivales es del 50% en los sujetos con piercings en los labios y del 44% en sujetos con perforación de la lengua. Se observaron lesiones dentales en 26% de los individuos con piercings en los labios y hasta en un 37% de los individuos con piercings en la lengua⁶⁶.

Recomendaciones específicas durante el embarazo⁶⁷

El medio bucal, más ácido, está más propenso a desarrollar enfermedades (caries y enfermedad periodontal). Es posible observar alteraciones gingivales durante el embarazo como: inflamación gingival y enfermedad periodontal. Es importante el control de esta infección ya que la misma puede estar relacionada al parto prematuro y bajo peso al nacer.

62 | Venta[™] I, Lakoma A, Haahtela S, Peltola J, Ylipaavelniemi P, Turtola L. Oral piercing among first-year university students. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;99:546–549.

63 | *Australian Dental Journal* 2012; 57: 71–78. Dental and periodontal complications of lip and tongue piercing: prevalence and influencing factors

64 | *Australian Dental Journal* 1998; 43: (6): 387 - 9 Perforación de la lengua: Reporte de un caso y revisión de la corriente.

65 | Ziebolz D, Hornecker E, Mausberg RF. Microbiological findings at tongue piercing sites: implications to oral health. *Int J Dent Hyg* 2009;7:256–262.

66 | *Int J Dent Higiene* 2011; 101-109 Complicaciones de los piercings orales y peri-bucales: un resumen de los informes de casos.

67 | Programa Nacional de Salud Bucal. Orientación para el equipo de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud. Salud Bucal de las Gestantes y niños de 0 a 36 meses. MSP 2008

- Es importante la derivación del ginecólogo a la consulta odontológica al inicio del embarazo para el control de la salud bucal.
- Indicar una correcta higiene bucal; cepillado con pasta con flúor y uso de hilo dental después de cada comida y antes de acostarse.
- Controlar el número de ingestas y la calidad de las mismas así como los cambios de hábitos: comer a deshora, aumentar el número de ingestas.

SALUD OCULAR

La promoción y prevención de la salud ocular es un pilar importante en el desarrollo normal de los adolescentes y debe ser una de las prioridades en el primer nivel de atención.

El examen ocular debe realizarse por un integrante capacitado del equipo para detección oportuna de problemas de visión y promoción de su salud ocular.

Los adolescentes tienen derecho a un control con oftalmólogo a los 12 años, edad que coincide generalmente con el ingreso a primer año liceal con el objetivo de detectar y encaminar a su tratamiento a los/las adolescentes con vicios de refracción, estrabismo y heteroforias, que son las afecciones más frecuentes a esta edad.

Factores a tener en cuenta en la promoción de la salud ocular:

- La luz natural es un elemento crucial en la actividad ocular.
- Una alimentación rica en VIT A es esencial para el buen funcionamiento de las funciones visuales, acompañada de una ingesta de líquidos abundantes.
- Los factores detonantes para el excesivo crecimiento del ojo y que trae aparejado la presencia y/o el aumento de errores refractivos como la miopía son: exceso de trabajo encerrado, falta de actividades en espacios abiertos, inadecuada y/o insuficiente iluminación.

Recomendaciones:

- no leer acostado;
- evitar forzar los ojos con letras muy pequeñas;
- sostener el material de lectura o escritura a un mínimo de 30 cm o 50 cm en caso de pantallas;
- guardar distancia adecuada TV;
- descansar un número de horas adecuadas;
- alimentación sana, saludable y equilibrada;
- proteger los ojos del sol;
- mantener la higiene ocular;
- no auto medicarse;
- proteger los ojos en situaciones de riesgo (soldar, cortar leña, etc.);

- evitar el uso de aparatos electrónicos tras una jornada laboral ;
- evitar que los ojos se resequen (especialmente ante uso de aparatos electrónicos).⁶⁸

Signos a tomar en cuenta y que traducen algunos de los problemas derivados de la resequead:

- Frotación de los ojos.
- Exceso de parpadeo.
- Dolor de cabeza.
- Entrecerrar los ojos cuando se está leyendo, viendo TV, o con el PC.

CONTROL DE LA AGUDEZA VISUAL

Debe formar parte del examen general del adolescente, es una técnica sencilla para la cual todo el equipo de salud debe formarse.

Tabla de optotipos

Los optotipos pueden ser números, letras o símbolos, que tienen un tamaño y un grosor del trazo que mantiene siempre el mismo ángulo de mirada para cada distancia a la que normalmente ya deberían poderse leer. Las tablas constan de símbolos de igual tamaño en cada fila, pero a su vez una a una las filas se van reduciendo. Están calculadas para usarse unas a 5 y otras a 6 metros de distancia.

Para medir la agudeza visual la persona, se colocará sentada o parada a 5 o 6 metros, según corresponda, al cartel que se use. Si la distancia con que se cuenta es menor, tener presente que se puede duplicar colocando frente a la persona un espejo, y por detrás y por encima de la persona el cartel con los optotipos con imagen invertida.

Éste debe estar bien iluminado, si no trae dispositivo de iluminación propio, con una lámpara de pie provista de una lamparilla de 60 w o mayor, tiene que iluminar en forma uniforme todo el cartel, no debe deslumbrar, y no debe tapar ninguna parte del cartel. (Por ej. si la lámpara es de 60 w deberá colocarse a unos 50 cm del cartel y algo lateralizada para que no tape los símbolos).

Se mide la agudeza de a un ojo por vez, como norma se toma primero la visión del ojo derecho, ocluyendo el ojo izquierdo con el hueco de la palma de la mano, sin apretar el ojo, o con una pantalla de cartón, de preferencia oscura. El ojo ocluido tiene que quedar abierto, y se debe tratar que penetre la menor cantidad de luz posible. Si cierra el ojo que está ocluido seguramente va a estar entrecerrando también el ojo examinado, con lo que puede obtenerse una medida de la agudeza visual mayor que la real. Si entra mucha luz, la imagen que se genera en ese ojo puede disminuir la agudeza del ojo examinado. Se procede de forma similar para medir la visión del otro ojo.

68 | Cuando estamos concentrados leyendo, tv, pc, teléfono , disminuimos la frecuencia del parpadeo en aprox. 45% y los ojos se resecan, lo cual provoca: visión borrosa, sensación de cuerpo extraño, aumento de la frecuencia del parpadeo.

Se señala un sólo optotipo de cada línea horizontal, comenzando por los más grandes, la línea que contiene al optotipo leído más pequeño corresponde a la agudeza visual de ese ojo. El valor de la agudeza que corresponde a cada hilera figura, en números más pequeños al costado de dicha hilera; la indican en general en décimos y otras veces como un quebrado, que se obtiene al dividir la distancia a la que está la persona por la distancia a la que se debe poder leer ese símbolo.

Ejemplo de medición de agudeza visual.

Tiene $1/10$ ó 0.1 cuando se lee a 5 m. el símbolo que debería estar leyendo ya a los 50 m. ($5/50$).

Tiene $2/10$ ó 0.2 cuando ve a 5 m. el que debería ver ya a 25 m. ($5/25$).

En los carteles de origen anglosajón diseñados para usar a 6 m la medida se expresa por un quebrado, cuyo numerador es 20, que corresponde a la distancia 20 pies (6 m), y el denominador es la distancia a la que debería poderse leer expresada en pies.

Esta notación está muy difundida en todo el mundo.

Por ejemplo:

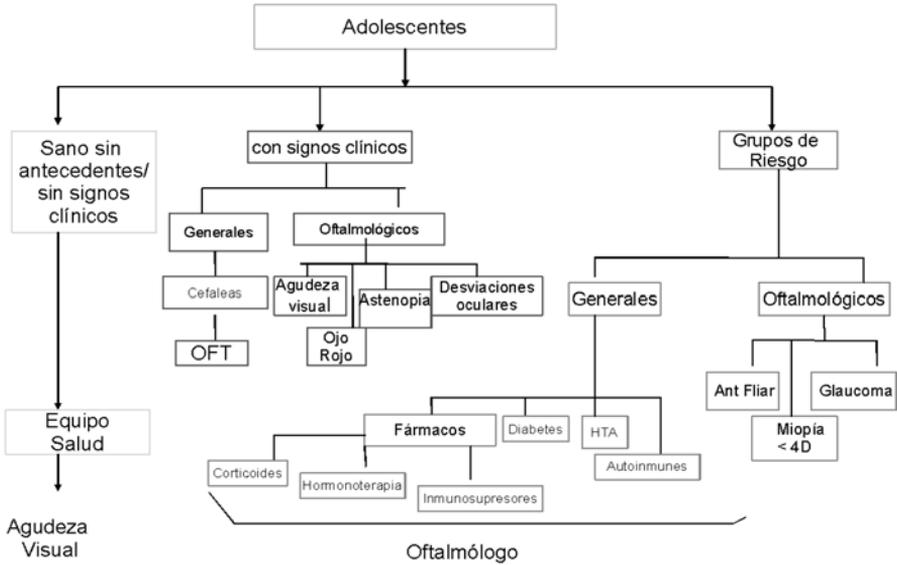
$20/200$ equivale a $1/10$, $20/40$ equivale a $5/10$, $20/20$ equivale a $10/10$.

Se debe señalar un solo optotipo de cada fila, pero tienen que quedar a la vista todos los símbolos de esa línea horizontal. Si se los tapa y se deja uno solo por renglón se estará midiendo agudeza de visión angular que puede ser mayor que la agudeza visual de optotipos en línea.

Estimación indirecta de la agudeza visual

Se observa donde cae, en el ojo, el reflejo de la luz de una linterna colocada a 30 cm o más del adolescente. Normalmente el reflejo brillante está un poco desplazado de la córnea, hacia el lado nasal; el reflejo debe estar en situación simétrica en ambos ojos (las distancias entre el reflejo y el límite interno de cada córnea deben ser iguales), en este caso ambos ojos están fijando el objeto, no están desviados. Si el reflejo en la córnea está desplazado el adolescente tiene estrabismo y puede tener ambliopía (disminución de la visión sin lesión orgánica visible).

A través de un flujograma clasificaremos las diferentes situaciones.



SALUD AUDITIVA

La Organización Mundial de la salud (OMS) en el año 2015 pone de relieve la grave amenaza de la exposición al ruido recreativo. Unos 1100 millones de adolescentes y jóvenes corren el riesgo de sufrir pérdida de audición por el uso nocivo de aparatos de audio personales, como teléfonos celulares, y por la exposición a niveles sonoros dañinos en lugares de ocio ruidosos, como clubes nocturnos, bares y eventos deportivos⁶⁹.

La pérdida de audición tiene consecuencias potencialmente devastadoras para la salud física y mental, la educación y el empleo, ya que es irreversible una vez que se produce.

De los datos de estudios realizados en países de ingresos medianos y altos y analizados por la OMS se desprende que casi el 50% de los adolescentes y jóvenes de 12 a 35 años están expuestos a niveles perjudiciales de ruido por el uso de aparatos de audio personales y que alrededor del 40% están expuestos a niveles de ruido potencialmente nocivos en lugares de ocio⁷⁰. Un nivel perjudicial de ruido puede ser, por ejemplo, la exposición a más de 80 decibelios (dB) durante ocho horas, en lugares de trabajo o 100 dB durante 15 minutos en un concierto de rock.

69 | <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/ear-care/es/> Panorama Médica. VOLUMEN 8 , No 1 JULIO 2014 Páginas 70 – 75

70 | Nota descriptiva N°300 Marzo de 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>

Se debe tomar conciencia que una vez que se pierde la audición por esta causa, no se recupera. La exposición segura a los sonidos depende de su intensidad o volumen, así como de su duración y frecuencia. La exposición a sonidos fuertes puede desembocar en una pérdida de audición temporal o en acúfenos (sensación de zumbido en los oídos)

Efectos del ruido sobre el oído

AUDITIVOS	EXTRA AUDITIVOS: QUE PERJUDICAN AL ESTUDIO
<p>Desplazamiento temporal del umbral de audición (TTS:Temporary threshold shift) Consiste en una elevación del umbral producida por la presencia de un ruido, existiendo recuperación total al cabo de un período, siempre y cuando no se repita la exposición al mismo. Se produce habitualmente durante la primera hora de exposición al ruido.</p> <p>Desplazamiento permanente del umbral de audición (PTS:Permanent threshold shift) Es el mismo efecto TTS pero agravado por el paso del tiempo y la exposición al ruido. Cuando alguien se somete a numerosos TTS y durante largos períodos (varios años), la recuperación del umbral va siendo cada vez más lenta y dificultosa, hasta volverse irreversible.</p> <p>La sordera producida por el desplazamiento permanente del umbral de audición afecta a ambos oídos y con idéntica intensidad.</p> <p>Interferencia en la comunicación oral La inteligibilidad de la comunicación se reduce debido al ruido de fondo.</p>	<p>Efectos psicológicos: Insomnio y dificultad para conciliar el sueño, fatiga, estrés (por el aumento de las hormonas relacionadas con el estrés como la adrenalina), depresión y ansiedad, irritabilidad y agresividad, histeria y neurosis, aislamiento social, falta de deseo sexual o inhibición sexual.</p> <p>Efectos sobre el sueño: El ruido produce dificultades para conciliar el sueño y despierta a quienes están dormidos.</p> <p>Efectos sobre la conducta: El ruido produce alteraciones en la conducta momentáneas, las cuales consisten en agresividad o mostrar un individuo con un mayor grado de desinterés o irritabilidad.</p> <p>Efectos en la memoria: En aquellas tareas en donde se utiliza la memoria se ha demostrado que existe un descenso del rendimiento. El ruido hace que las tareas de repaso sea más lentas, especialmente cuando se tratan palabras desconocidas o de mayor longitud, es decir, en condiciones de ruido, el individuo se desgasta psicológicamente para mantener su nivel de rendimiento.</p> <p>Efectos en la atención: El ruido hace que la atención no se localice en una actividad específica, haciendo que esta se pierda. Esto se traduce en una reducción en el rendimiento.</p>

APARATOS DE AUDIO PERSONALES

Los auriculares se han vuelto parte de la vida diaria y son parte de la indumentaria de la juventud y los adultos, sin darse cuenta del daño que pueden causar a sus oídos al quedar atrapado sonido en el canal auditivo y el escuchar música con volumen demasiado alto aumenta el riesgo de sufrir pérdidas auditivas e incluso llegar a la sordera.

Los auriculares exponen al riesgo de la pérdida de audición. Aunque son pequeños, pueden generar ondas de sonidos de presión elevada cerca de la membrana timpánica. La exposición a sonidos por encima de 80 dB puede dañar la audición. Los auriculares personales en estéreo pueden alcanzar 120 decibeles y los adolescentes comúnmente los utiliza a 100 decibeles (lo que equivale a presenciar un concierto de rock).

SEÑALES DE ALERTA

La pérdida de la audición inducida por el ruido debido al uso de auriculares intracanales tarda un tiempo en aparecer. Como ocurre de manera gradual, la mayor parte de las personas no se dan cuenta de que tienen un problema hasta que ya es demasiado tarde.

Las señales de una posible pérdida de la audición son las siguientes: zumbidos, pitidos o ruidos en los oídos después de escuchar un ruido fuerte, amortiguación o distorsión de los sonidos.

¿QUÉ SE DEBE HACER SI IDENTIFICAN SEÑALES DE PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN?

Se debe referenciar al médico otorrinolaringólogo (ORL) para que realice una historia clínica, el examen físico y valore la necesidad de realizar un audiograma tonal. Se debe orientar el dejar de escuchar música fuerte.

USO CORRECTO DE LOS AURICULARES INTRACANALES⁷¹

La pérdida de la audición inducida por el ruido debido al uso de auriculares intracanales se puede prevenir en el 100% de los casos si se hace un uso moderado.

Cuanto más elevado sea el volumen en que se use el auricular y a mayor tiempo de exposición, más rápido se podrá perder la audición. Para definir volumen moderado cuando se trata de usar auriculares de tapón, se recomienda utilizar la regla de 60%/60 minutos. Asimismo, se recomienda escuchar música, una película o un videojuego en un nivel que no supere el 60% del volumen máximo.

También se debe limitar a 60 minutos la cantidad de tiempo con los auriculares de tapón en los oídos. Otra manera para orientar respecto de un uso adecuado de los auriculares intracanales, es impulsar a él o la adolescente a preguntar a quienes estén sentados cerca si pueden escuchar la música. Si la escuchan, quiere decir que es un ruido fuerte y tiene riesgo de daño de la audición. Se debe bajar el volumen, hasta que las personas de alrededor ya no puedan escuchar la música.

La pérdida de la audición no es el único problema que pueden provocar los auriculares intracanales. Escuchar música a un volumen elevado además disminuye la capacidad de atención y reacción a lo que ocurre alrededor, incrementando las probabilidades de sufrir o provocar un accidente.

La pérdida de la audición inducida por el ruido debido al uso de auriculares intracanales tarda un tiempo en aparecer. Como ocurre de manera gradual, la mayor parte de las personas no se dan cuenta de que tienen un problema hasta que ya es demasiado tarde, ya que ésta es irreversible.

Hay en la actualidad auriculares con cancelación de ruido, que ayudan a bloquear otros ruidos, de forma que no sea necesario que se suba tanto el volumen de la música para escucharla. Éstos pueden ser útiles para mantenerse concentrado en una tarea, pero no son una buena elección si se necesita escuchar sonidos del entorno.

71 | <http://www.who.int/topics/deafness/safe-listening/es/>

Los auriculares que se colocan por encima de las orejas también pueden dañar la audición si se los utiliza durante demasiado tiempo o si se reproduce música demasiado fuerte. Pero no son tan peligrosos como los auriculares intracanales: tener la fuente de sonido en el canal auditivo puede incrementar el volumen del sonido entre 6 y 9 decibeles; y esto puede ser suficiente para producir problemas graves.

Las familias, profesores y médicos pueden educar a la juventud sobre lo que significa una audición responsable y segura.

CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

Las conductas adictivas vinculadas al consumo de sustancias, a objetos, al juego y a personas, afectan el desarrollo y la salud de adolescentes. Los servicios de salud del primer nivel deben desarrollar acciones de promoción, prevención, detección precoz, asistencia, derivación, realización de seguimientos y acompañamiento (referencia y contrarreferencia).

El Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas⁷² en febrero 2007 establece que: Se debe “*detectar precozmente el consumo de sustancias en todos los usuarios de salud, en particular en el caso de niños, adolescentes y embarazadas*”. Y explícita que se debe “*aplicar en forma sistemática el despistaje, y la valoración de riesgo frente al consumo, incorporando mensajes preventivos o realizando derivaciones a especialistas según corresponda al tipo de situación, prestando especial atención a los niños, adolescentes y embarazadas*” (MSP, 2007)

Lo esencial es la acción preventiva a nivel universal para después particularizar la intervención con prevención del tipo selectivo, realizando despistajes con valoración del riesgo frente al consumo.

El consumo de sustancias en su amplia diversidad -ya sean legales o ilegales- y las conductas adictivas, están íntimamente ligadas a diversos aspectos de la vida de las personas, las familias, la sociedad y la cultura, por lo que es necesario realizar un abordaje interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional del fenómeno.

No se puede analizar esta problemática solamente a la luz del tipo de sustancia, aislandola del contexto, es decir, del espacio y el tiempo en el que suceden. Asimismo, categorías como género y generaciones brindan luces para la comprensión del mismo. Tampoco se puede obviar la existencia de redes de negocios y crimen que involucra intereses económicos como la venta de sustancias ilegales, tanto en el microtráfico como en crímenes relacionados, se encuentran insertos adolescentes.

Generalmente se asocia el consumo de alcohol y otras drogas con la juventud y el comienzo del consumo con la adolescencia. No es casual, ya que en la adolescencia se dan una simultaneidad de condiciones que hacen más propicia la experimentación que en otras etapas de la vida.

72 | Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas. MSP - JND. IMPO.2007

Por un lado las motivaciones que muchos varones y mujeres adolescentes tienen para consumir pueden ser los deseos de probar lo nuevo, curiosidad por la experimentación, presiones del grupo de pares, búsqueda de placer, salir del aburrimiento, desinhibirse y por otro, vivir emociones que puedan ser controladas, como una manera de asumir riesgos con lo que proviene de afuera y no quedar a merced de los vaivenes internos, en ocasiones mucho más fuertes que la droga. Correr riesgos y asumir desafíos frente a los otros, demostrarse invulnerable, y que se puede salir ileso de una “seguidilla” de alcohol y otras sustancias es un acto en el que muchos adolescentes se ven comprometidos.

El problema de los usos problemáticos no recae en la sustancia o en la situación en sí, sino en el vínculo que se establece con la misma. En atención a esto, es necesario tener presente la tríada: sujeto, sustancia, contexto, y los tipos de relaciones que el sujeto establece con el consumo:

- Uso experimental – se refiere a la persona que por curiosidad o influencia de amigos u otros referentes, ensaya el consumo de alguna droga.
- Uso ocasional –son aquellos consumos pautados y limitados a determinadas circunstancias de tiempo, espacio y/o compañía
- Uso habitual – el consumo pasa a tener un lugar especial y ser regular y/o diario.

El uso de drogas puede o no generar trastornos en la vida cotidiana (estudio, vida familiar y social) en la medida en que comprometa la salud física, psíquica y social. Reviste riesgos dependiendo de la tríada persona/sustancia/entorno. En cualquiera de estas relaciones con las sustancias puede existir la presencia de un Uso Problemático, siendo aquel que bien por su cantidad, su frecuencia y/o la propia situación física, psíquica y social del sujeto produce consecuencias negativas para la persona y/o su entorno.

También puede definirse al uso problemático de drogas como aquella modalidad de consumo que ocasiona repercusión en una o más de las siguientes áreas:

- Salud psíquica y física.
- Ambiente familiar, relación con amigos.
- Actividad académica y/o laboral.
- Ámbito legal.

Dependencia: es el comportamiento en el que el uso de una sustancia adquiere mayor importancia que otras conductas que antes eran consideradas como más importantes, pasando a convertirse el consumo en una conducta en torno a la cual se organiza la vida.

La dependencia se caracteriza por la presencia de tolerancia – necesidad de consumir de forma gradual mayores cantidades para intentar conseguir los efectos que se obtenían al principio del consumo-, dependencia psíquica – compulsión por consumir o craving- y para algunas sustancias se acompaña de dependencia física -presencia de signos y síntomas desagradables al disminuir o abandonar el consumo-.

Desde las distintas combinaciones que se puedan construir, surgirán niveles de gravedad y abordajes de tratamiento.

La problemática del consumo no es exclusiva de ninguna clase socio-económica, así como tampoco depende de la etnia o género. Es necesario considerar e indagar acerca de las siguientes condiciones de consumo:

Vinculadas a la persona	Vinculadas a la sustancia	Vinculadas al contexto
<ul style="list-style-type: none"> • edad • sexo • dificultades en la educación formal • problemas psico-emocionales • diagnóstico psiquiátrico previo • trastornos de conducta o impulsividad • historia infantil de problemas familiares • abandonos, muertes u otras situaciones traumáticas sin apoyo para su elaboración. • niños, niñas y adolescentes en situación de calle o extrema pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> • vía de administración • frecuencia y cantidad del consumo • mecanismo tóxico de la sustancia • ocurrencia de intoxicaciones • modos de conseguir la sustancia • calidad de la sustancia • existencia de consumo de más de una sustancia 	<ul style="list-style-type: none"> • si consume con otros o en soledad • lugar donde consume: calle, casa, liceo, lugares de esparcimiento • si forma parte de otra actividad • si han ocurrido hechos violentos antes o durante • si la familia u otros referentes saben de los hechos vinculados al consumo • consumo problemático en la familia

Existen diferentes y posibles causas que motiven la consulta de adolescentes en situación de consumo de sustancias a un servicio de salud.

- El control en salud de adolescentes, donde se indaga consumos, momento priorizado para la valoración de riesgo y prevención.
- La consulta por una patología médico-quirúrgica intercurrente donde en el interrogatorio aparece consumo, momento que requerirá la sensibilidad del técnico para realizar la correcta valoración de riesgo y acción oportuna.
- La atención en crisis, sea por intoxicación o abstinencia a una sustancia, como por un evento accidental relacionado al consumo. Luego de pasado el evento agudo será derivado al servicio de salud para adolescentes.
- La consulta por un uso problemático de sustancias donde él o la adolescente busque ayuda para disminuir o abandonar el consumo, y/o traído por un familiar u otros referentes preocupados por el consumo. En estos casos se deberá orientar al usuario hacia los equipos de salud mental correspondientes u otros centros de referencia para la atención específica de esta problemática.

Sin un vínculo de confianza difícilmente el adolescente hablará de estos temas en forma abierta. En lo posible, realizar el abordaje de esta temática con el adolescente a solas, sin la presencia del referente adulto.

El siguiente es un formulario autoaplicado que ayuda a que los propios adolescentes identifiquen si tienen problemas con el consumo. También puede ser usado como parte de la entrevista una vez que se ha establecido un vínculo de confianza entre el profesional de salud y el adolescente.

Preguntas ⁷³	SI	NO
¿Has tenido problemas con tu familia por el consumo de drogas?		
¿Te han llamado la atención en el centro educativo por el consumo de drogas?		
¿Has sufrido algún tipo de accidente por consumir drogas?		
¿Te ha ocurrido alguna vez que has consumido más de lo que pensabas?		
¿Has tenido problemas legales o con la justicia por el consumo de drogas?		
¿Has necesitado consumir drogas para disminuir nerviosismo, irritabilidad o tensión?		
¿Ocupas gran parte del día en buscar o conseguir droga?		
¿Has sentido molestias físicas cuando dejas de consumir drogas?		
¿Te ha pasado que has necesitado consumir cada vez más cantidad para conseguir el mismo efecto?		

* Si hay al menos una respuesta afirmativa se recomienda informar, conversar acerca del consumo de sustancias.

* Si hay dos o más preguntas afirmativas se sugiere a el adolescente la consulta especializada.

SUGERENCIAS

En caso de adolescentes con **uso problemático**, se sugiere invitar al adolescente a concurrir al servicio nuevamente para tener una consulta con personal que lo podrá ayudar. Se derivará a equipo de salud mental.

En relación con la **prevención**, es importante realizar la difusión de las siguientes recomendaciones entre los adolescentes:

- Abstenerse de subir a un automóvil si se sospecha que el conductor bebió alcohol o utilizó alguna otra droga.
- Rechazar bebidas de extraños en boliches o fiestas.

73 | Modificado de "Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes" CONACE -Chile.

- Recordar que con ciertas drogas puede haber desinhibición de la conducta sexual. Por lo tanto es necesario prever la protección y llevar condones.
- También es importante poder decir que no.
- Si conocen amigos, amigas, familiares u otras personas de su entorno que tienen uso problemático, pueden ayudar mucho si las acompañan a una consulta de orientación.
- Informarse sobre condiciones de uso de drogas que reducen riesgos y daños

Es importante considerar la participación de la familia, para lo cual se debe acordar con el adolescente el momento adecuado de su inclusión

Derechos de atención en el marco del SNIS

- **Apoyo y Orientación Telefónica o presencial, accesible las 24 horas del día.**
- **Servicio de atención ambulatoria específico, integrado por un equipo multidisciplinario, que funcione no menos de tres veces por semana, para la atención individual y/o grupal y/o familiar.**
- **Servicio de internación para la atención de la intoxicación severa con drogas independiente de la internación psiquiátrica.**

CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

El alcohol es una droga que puede provocar dependencia y da origen a más de 60 tipos de enfermedades y lesiones así como serios problemas y daños sociales, mentales y emocionales con elevados costos para la sociedad. El consumo problemático de alcohol es el tercer factor principal de carga de morbilidad a nivel mundial y el primer factor de riesgo.⁷⁴ En adolescentes es preciso enmarcar su impacto en el neurodesarrollo así como el riesgo del consumo excesivo episódico o bringe drinking, como las intoxicaciones etílicas agudas, siniestros de tránsito, conductas sexuales de riesgo entre otros. La persistencia del consumo puede presentar la posibilidad de estar expuesto a complicaciones crónicas y a desarrollar dependencia. El riesgo de estas últimas se incrementa cuanto más precoz es el inicio del consumo.⁷⁵

A pesar de lo expuesto el alcohol es la droga con menor percepción de riesgo, está incorporada en la cultura de forma tal que muchas actividades lúdicas, y festejos, se asocian al consumo de alcohol. El cual está plenamente legitimado, con prácticas instaladas, aceptadas y naturalizadas socialmente.

74 | Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS, © 2008

75 | Idem 74

En adolescentes y jóvenes de las distintas sustancias utilizadas para el consumo, el alcohol es la droga más consumida (60,2% en los últimos 12 meses). Es también la sustancia que adolescentes escolarizados comienzan a consumir en promedio a edades más tempranas (12,8 años), y que más de la mitad comienzan su consumo antes de los 15 años.⁷⁶

El 21 % de los adolescentes escolarizados refiere que por lo menos una vez en su vida sintió resaca, estuvo enfermo, tuvo problemas con su familia o amigos, faltó al liceo y se metió en peleas por beber alcohol. Uno de cada diez estudiantes consumió habitualmente sobre el nivel de intoxicación (5 o más tragos o medidas de alcohol) en las salidas que hizo en el último mes.⁷⁷

Las cifras expuestas justifican la priorización del MSP del consumo de alcohol como uno de los problemas de salud en la adolescencia. En la actualidad el patrón de consumo de alcohol más problemático de adolescentes y jóvenes está caracterizado fundamentalmente por el consumo episódico, concentrado y excesivo del fin de semana. Este patrón contribuye a la morbimortalidad de la población de esta franja etaria dado que favorece la ocurrencia de siniestros de tránsitos, lesiones, violencia, intentos de autoeliminación, entre otros posibles daños.

En este sentido el Ministerio de salud ha emitido la Ordenanza Ministerial N° 485 del 2013 y su modificación la Ordenanza Ministerial N° 541 del 2014. Expone la necesidad de establecer un sistema de referencia, que permita que, el adolescente o joven que consultó en el servicio de emergencia y/o en un servicio de emergencia móvil por una intoxicación alcohólica o por otros motivos relacionados al consumo de alcohol, sea referenciado al Servicio de Salud para Adolescentes del prestador, para su evaluación integral.

El rol del equipo de salud es sustantivo en la prevención, educación y comunicación con los usuarios sobre las repercusiones del uso nocivo del alcohol en la salud individual, familiar y en la sociedad en general.

Son acciones primordiales, la incorporación de herramientas para la detección de riesgo, la identificación precoz del consumo nocivo de alcohol y las intervenciones breves relacionadas con el consumo de alcohol en adolescentes.

Existen múltiples herramientas para la valoración de riesgo frente al consumo de sustancias en adultos, pero muy pocas están validadas para ser aplicadas en adolescentes. En relación a la valoración de riesgo frente al consumo de alcohol en adolescentes, el área programática aconseja el uso de la herramienta “Detección de consumo de alcohol, intervención breve para adolescentes y jóvenes”. La misma es elaborada por el Instituto Nacional sobre abuso de alcohol y alcoholismo de Estados Unidos y fue traducida y adaptada para el Programa adolescencia y juventud del MSP en el año 2012. (Ver Guía en Anexos).

76 | Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, Observatorio Uruguayo de Drogas 2014

77 | II Encuesta Mundial de Salud Adolescente. Uruguay 2012

CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES

Dada la cercana regulación del mercado de cannabis en nuestro país, y los cambios en el imaginario social que la misma conlleva, creemos necesario incorporar este tema en la presente guía. A través de la misma se busca cumplir con una de las líneas de acción planteadas desde el MSP, de suma importancia en la población adolescente, como es la implementación de estrategias para contribuir al aumento de la percepción de riesgo frente al consumo de cannabis. De esta manera se impulsa la responsabilidad en relación a la educación y prevención, descrita en el Capítulo II artículo 9º de la Ley 19.172. (Ver marco normativo).

En relación a la normativa vigente en nuestro país el consumo de marihuana es legal, de acuerdo a lo previsto en el artículo 10 de la Constitución de la República del 1967. La producción y distribución de cannabis se regula en la Ley 19172 en el año 2013. Dentro de la misma se destaca en relación a la adolescencia el Capítulo II artículo 14 “...Los menores de 18 años de edad e incapaces no podrán acceder al cannabis psicoactivo para uso recreativo...” Por lo tanto los cambios del marco regulatorio, no modifican la situación de los adolescentes en relación a cómo obtienen la sustancia.

Acción similar al acceso a otras sustancias psicoactivas (tabaco-alcohol). A pesar de lo cual las estadísticas nacionales muestran un elevado y en aumento consumo de marihuana en la población adolescente.⁷⁸

Se entiende y respeta el derecho y libertad al consumo de cualquier sustancia psicoactiva como describe la Constitución de la República, pero a través del presente capítulo se busca hacer énfasis en la responsabilidad que tienen todos los profesionales que asisten, trabajan o comparten con adolescentes, en especial desde la salud y la educación, para que la decisión del consumidor sea una decisión informada. Sin duda es la educación herramienta fundamental para lograr este objetivo.

Se limitará el análisis al uso recreativo de la sustancia. Se debe hacer la distinción necesaria entre uso medicinal y uso recreacional del cannabis. Existen escasas indicaciones aprobadas por los organismos de salud internacionales para su uso medicinal, y un sin número de indicaciones que aún están en estudio. Si bien el cannabis medicinal está siendo utilizado para una gran diversidad de enfermedades y/o síntomas, existe moderada o incluso baja evidencia en relación a la eficacia de uso. Se debe tener cuidado con la posible y actual sobrevaloración del efecto terapéutico y con el uso de la marihuana recreativa como si fuera medicinal. La marihuana recreacional a ser vendida en las farmacias no es un medicamento y no deberá ser usada ni indicada para un tratamiento, dado que no tendrá un valor terapéutico.⁷⁹

El análisis del uso medicinal requiere un capítulo aparte que excede el objetivo de la presente guía.

78 | VI Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media, 2014.

79 | Cannabis y adolescencia, escenarios de riesgo. Colegio Médico del Uruguay. 2016. <http://www.colegiomedico.org.uy/riesgos-del-consumo-de-cannabis-en-adolescente/>

Si bien son múltiples las temáticas que atraviesan este tema, se abordarán fundamentalmente los aspectos farmacológicos y toxicológicos del cannabis. Se describirán los efectos sobre la salud del consumo de marihuana en adolescentes. Sin desconocer que hay niveles de incertidumbre en el conocimiento científico de los efectos no deseados a largo plazo del uso recreacional. Dada la existencia de un factor de confusión y controversia de diferentes estudios científicos dado por la ilegalidad, que ha llevado a diversos orígenes de la sustancia y dosis imprecisas. En este apartado nos basaremos mayormente en informes realizados en nuestro país, en especial de la Facultad de Química y Medicina de la Universidad de la República.

Una de las variables principales que aumenta la posibilidad de daño, riesgo, y toxicidad de esta sustancia es el momento del desarrollo en que se encuentra el consumidor, elemento fundamental de analizar en esta etapa de la vida y una de las causas que explica por qué abordar este tema en especial en adolescentes, otras son la alta prevalencia de su uso en la adolescencia, la dificultad en su abordaje así como la presencia de otras conductas de riesgo asociadas.

En la adolescencia la persona se encuentra en un período crítico del desarrollo cerebral razón por la cual “cualquier consumo de sustancias en la adolescencia implica un riesgo porque los sistemas biológicos no han alcanzado su plenitud, por la inmadurez que presentan. El cannabis no escapa a eso. La metabolización es diferente y los efectos también...”⁸⁰

La marihuana proviene de la planta cannabis, que contiene más de 480 compuestos, entre ellos unos 70 llamados “cannabinoides”. El principal y más potente es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). El contenido del mismo en la planta depende de la variedad y el tipo de planta, de la edad, y de las condiciones del cultivo, como son la temperatura, humedad, luz y almacenamiento.⁸¹

En relación a la forma de consumo, es más frecuente la vía inhalada fumada en cigarrillo. También puede inhalarse por vaporización. Puede consumirse fumada en cigarrillo sola, o bien con clorhidrato de cocaína (“nevado”) o pasta base de cocaína (“basoco”). En los últimos años, consumidores crónicos de marihuana y adolescentes con fines experimentales, consumen el cannabis por vía oral, en alimentos como tortas, galletas, brownies, o bien en bebidas o elixires.

En Europa y EEUU ha crecido significativamente el consumo de los denominados cannabinoides sintéticos para fumar, conocidas como “Spice Drugs”, con efectos muy potentes y alto riesgo de intoxicación aguda. Estas sustancias son agonistas cannabinoides pero no tienen ninguna relación con la planta de Cannabis.⁸²

Los cannabinoides son rápidamente absorbidos por inhalación al fumar la droga, ocurriendo una absorción THC que puede variar entre 10 y 50%. Por vía oral la absorción es va-

80 | idem 79

81 | Aspectos farmacognósticos del cannabis. García. C, Cairabú. S. Aporte universitario al Debate Nacional sobre Drogas. 2012.

82 | Mustata C, Torrens M, Pardo R, Perez C, The Psychonaut Web Mapping Group, Farré M. Spice drugs: los cannabinoides como nuevas drogas de diseño. Adicciones 2009;21: 181-186.

riable y se modifica con la presencia de alimentos, sobre todo de lípidos, que aumentan su absorción hasta 90-95%. Al ingresar a la circulación sistémica, el $\Delta 9$ -THC se distribuye primero a los tejidos más irrigados (riñón, pulmones, hígado, estómago, bazo, corazón) y luego se acumula en el tejido adiposo. El $\Delta 9$ -THC acumulado se va liberando lentamente a la sangre, y su eliminación completa puede requerir hasta de treinta días. Asimismo, debido a la naturaleza lipofílica, estos atraviesan fácilmente la placenta.⁸³

Los cannabinoides activan receptores endógenos del tipo CB1 y CB2 de un sistema neuromodulador llamado endocannabinoide. Los receptores CB1 se encuentran principalmente en el ganglio basal, cerebelo, hipocampo, corteza de asociación, médula espinal y nervios periféricos, y es el encargado de regular los efectos psicoactivos, mientras que los receptores CB2 están en las células del sistema inmune presentes en órganos linfoides como el bazo, el timo, las amígdalas, la médula ósea, y el páncreas y en células mieloides, macrófagos y monocitos.⁸⁴

Los efectos tóxicos del cannabis dependen sobre todo de la edad de inicio del consumo, vía de administración y duración de la exposición. Su toxicidad aguda es baja, y no se registran casos fatales por sobredosis cuando es inhalado. De los efectos agudos se destacan inyección conjuntival, taquicardia, hipotensión ortostática, incremento de la presión arterial sistólica en decúbito, aumento del apetito, sequedad orofaríngea, aumento de la temperatura corporal por inhibición de la sudoración, produce broncodilatación pero por efecto irritante puede causar broncoespasmo y “coming down” avidez por bebidas colas y dulces.⁸⁵

El consumo de cannabis ocasiona una alteración de la coordinación motora, así como alteraciones en la percepción de la distancia y profundidad, con el consiguiente riesgo de siniestros.⁸⁶

En las consultas en emergencia se describen episodios agudos, llamados “mal viaje” dado por crisis de pánico, episodio psicótico agudo, vómitos, este último más frecuente en ingesta. La ingesta supone un efecto con mayor latencia (lo cual en ocasiones lleva a consumir mayor dosis) y de mayor duración de acción. Los efectos tóxicos crónicos dados por el uso prolongado de la sustancia puede afectar los sistemas respiratorio, endocrino, y nervioso.

Los efectos de fumar cannabis sobre la mucosa respiratoria comprenden la inflamación de la mucosa bronquial con mayor prevalencia de bronquitis aguda y crónica; alteración de las defensas antifúngicas y bacterianas de los macrófagos alveolares con predisposición a infecciones respiratorias.⁸⁷ Recientemente se ha advertido sobre los efectos de varias formas de contaminación presentes en la planta de cannabis antes

83 | idem 81

84 | Consideraciones en cuanto al uso medicinal y recreacional de la marihuana y sus efectos sobre el pulmón. Rev. chil. enferm. respir. vol.31 no.3 2015

85 | Cannabis y adolescencia, escenarios de riesgo. Colegio Médico del Uruguay. 2016

86 | <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e536>

87 | Compromiso respiratorio en fumadores de marihuana. Dra. Torres. V. Rev. urug. med. interna. Diciembre 2016. N°3: 44-51

de ser secada y prensada. En particular, el *Aspergillus fumigatus* es prevalente en las plantas de cannabis que crecen dentro de las casas, existiendo varios reportes de infección pulmonar al fumar cannabis contaminada con el hongo.⁸⁸

Los efectos sobre la función pulmonar y el cáncer broncopulmonar son discordantes. Los estudios concluyen que el consumo inhalado regular es perjudicial para la salud respiratoria y debería desaconsejarse.⁸⁹

A nivel endócrino se inhibe la secreción de gonadotropinas de la glándula pituitaria y podría llegar a actuar directamente sobre los ovarios o testículos. La administración crónica de THC disminuye la secreción de testosterona y deteriora la producción de semen por efecto de disminución en la producción de las hormonas luteinizante y folículoestimulante.⁹⁰

A nivel del sistema nervioso se ha demostrado que el uso crónico de marihuana está asociado con un deterioro de la cognición, que afecta especialmente la memoria a corto plazo y el funcionamiento ejecutivo en los seres humanos. En algunos estudios este deterioro no remitió después de la abstinencia del uso de marihuana particularmente cuando es precoz es el inicio de consumo. Varios autores han relacionado el uso prolongado del cannabis con el riesgo incrementado de síntomas psicóticos y esquizofrenia, algo que corroboran estudios prospectivos llevados a cabo sobre amplias muestras poblacionales.⁹¹

Navarro García y cols. (2008)⁹² sistematizan el rol del cannabis en tres categorías para clasificar las consecuencias psiquiátricas de su uso:

- **Causal:** los síntomas aparecen luego del consumo, pudiendo persistir o no luego del episodio agudo (trastorno inducido por cannabis).
- **Desencadenante:** el consumo despierta un trastorno psiquiátrico preexistente. Esta hipótesis sería la más aceptada.⁹³
- **Automedicación:** el consumo de cannabis se produce con el fin de aliviar una patología psiquiátrica de base, lo que conduce en general a una rápida dependencia a la sustancia y muchas veces a una agravación de los síntomas psiquiátricos.

En cannabis si bien la dependencia es baja, el riesgo de desarrollarla aumenta a medida que disminuye la edad de inicio, es bajo si el consumo se inicia luego de los 25 años pero asciende a un 18% si se inicia en menores de 16 años. En relación al tipo de consumo el riesgo de dependencia es de un 25 % si el consumo es diario y el mismo aumenta a medida que aumenta la dosis.⁹⁴

88 | idem87

89 | idem 82

90 | idem 81

91 | ibidem 81

92 | Navarro García M, Ladero Quesada JM, del Moral MM, Leza Cerro JC. Cannabis (II). Pág 329-344. Complicaciones orgánicas y psiquiátricas. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias. 3era Edición 2009. Ed Médica Panamericana, Madrid

93 | Tziraki S. Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. Rev Neurol 2012; 54: 750-60

94 | idem 79

El riesgo en esta etapa de la vida, no solo está dado para desarrollar dependencia, sino que el inicio de un uso regular antes de los 16 años trae aparejado la presentación con mayor frecuencia de síntomas psicóticos transitorios o no, y trastornos de ansiedad, dado que es una etapa de construcción del SNC. Lo cual también explica el mayor riesgo de efectos neurológicos persistentes, sobre la cognición y la memoria.

La presencia del síndrome de abstinencia está descrito y es mucho menor que el que se presenta para tabaco y alcohol. Este consiste en irritabilidad, inquietud, nerviosismo, pérdida del apetito, pérdida de peso, insomnio, temblor y aumento de la temperatura corporal.⁹⁵

Cómo abordar el tema en la consulta

En todo acercamiento del adolescente al sistema de salud se deben generar acciones de prevención primaria y promoción de salud, a través de la promoción de hábitos de vida saludables, de habilidades para la vida y de educación para la salud.

Este acercamiento puede ser motivado o derivado por presentar el adolescente un episodio de intoxicación aguda que puede o no estar asociado a otra sustancia, un “mal viaje”, o un accidente que se asocia al consumo de la misma (traumatismo).

Otro escenario posible y más frecuente de encuentro, es el control en salud, en el cual la hoja SIA (ver anexos) y el Carné de Salud Adolescente (ver anexos), son instrumentos de privilegio para generar una apertura u oportunidad que habilite el diálogo actual o futuro, y pesquise la presencia o no de consumo de sustancias.

En el encuentro con un adolescente que consume marihuana, muchas veces nos encontramos con el “a mí no me hace nada”. En éste adolescente se debe indagar la existencia de un problema por el uso de marihuana. Sin dejar de reconocer que el problema no es la sustancia sino el vínculo que se genera con ésta. A modo de ejemplo puede presentar problemas de relacionamiento, de aislamiento, trastornos de conducta, repercusión en los estudios, entre otros.

En la consulta se pueden utilizar diferentes herramientas orientadas a medir las características del consumo de marihuana y tener un acercamiento del riesgo frente al mismo. La Escala CAST⁹⁶ (Cannabis Abuse Screening Test) es un instrumento de medición validado internacionalmente, que usa seis preguntas utilizando como base los criterios de abuso de sustancias del DSM IV⁹⁷. (ver tabla 1)

95 | ibidem 79

96 | <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>

97 | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

TABLA 1 ESCALA CAST

¿CON QUÉ FRECUENCIA TE HA OCURRIDO ALGO DE LO QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? (NINGÚN RIESGO DE ABUSO DE CANNABIS: 0-1 PUNTOS, BAJO RIESGO DE ABUSO DE CANNABIS: 2-3 PUNTOS, ALTO RIESGO DE ABUSO DE CANNABIS: 4 PUNTOS Y MÁS).

Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
1. ¿Has fumado cannabis antes del medio día?				
2. ¿Has fumado cannabis estando solo/a?				
3. ¿Has tenido problemas de memoria al fumar cannabis?				
4. ¿Te han dicho amigos o miembros de tu familia que deberías reducir el consumo de cannabis?				
5. ¿Has intentado reducir o dejar de fumar cannabis sin conseguirlo?				
6. ¿Has tenido problemas debido a tu consumo de cannabis? (pelea, accidente, malas notas, etc.)				

Finalmente, con las respuestas dicotomizadas se construye un Índice sumatorio simple que varía entre “0 y 6” y clasifica a los adolescentes usuarios en distintas categorías de acuerdo a la puntuación que se obtenga. Si bien existen distintas alternativas de categorización, estas distinguen entre usuarios sin evidencia de riesgo de uso problemático, de “bajo riesgo”, de “riesgo moderado” y de “alto riesgo”.

Luego de considerar el patrón de consumo del adolescente, su nivel de riesgo y el tipo de consecuencias asociadas al consumo de marihuana, se debe contar con diferentes acciones.

Para adolescentes no consumidores se plantean acciones de prevención primaria a través de promoción de hábitos saludables y educación.

Para adolescentes que presentan algún riesgo asociado con el consumo de marihuana, se recomiendan los programas de prevención indicada, llamados, de intervención breve⁹⁸.

Los objetivos principales de las intervenciones breves para el tratamiento de las adicciones son la disminución del patrón de consumo, la identificación de situaciones de riesgo para el consumo, el desarrollo de estrategias para enfrentarse a estas situaciones, y reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo. (ver tabla 2)

98 | Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. OMS 2001.

TABLA 2. FRAMES – MARCOS INTERVENCIONES BREVES

(Feedback)	Devolución: se le es dada a la persona acerca del riesgo personal o daño
(Responsibility)	Responsabilidad del cambio: se deposita en el paciente
(Advice)	Sugerencia para el cambio: es dada por el técnico
(Menu)	Menú de alternativas de tratamiento y autoayuda es ofrecido
(Empathic)	Empatía es usada en este tipo de consejería
(Self-efficacy)	Auto-eficacia o fortalecimiento optimista es generado en el paciente

En los adolescentes con riesgo moderado y alto se aconseja además de la IB realizar una derivación al servicio de salud para adolescentes para una valoración integral e interdisciplinaria.

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

La sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva (SSySR) ocupan un lugar central de la salud y la vida de adolescentes.

Los servicios de salud deben garantizar el acceso universal, equitativo, de calidad, con continuidad de prestaciones y acciones colectivas e individuales vinculadas a la salud sexual y reproductiva y a los derechos sexuales y derechos reproductivos (DDSSyDDRR) de adolescentes.

Los servicios de salud deben:

- Desarrollar estrategias de promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la población adolescente.
- Brindar información y asesoramiento en sexualidad y SSySR desde un enfoque de género, derechos y diversidad, favoreciendo la toma de decisiones informadas que redunden en el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y responsable.
- Detectar precozmente factores de riesgo y/o enfermedades vinculadas a la SSySR.
- Dar respuesta a las demandas de adolescentes vinculadas a su sexualidad y SSySR.

- Coordinar con otros actores, cuya participación es también clave: sistema educativo, centros socioeducativos, clubes deportivos, organizaciones de la sociedad civil, otros ministerios, medios de comunicación, etc. Para ello es necesario contar con una guía de recursos institucionales y organizacionales (nacional y local).
- Contar con materiales de divulgación (folletería, afiches) sobre distintos tópicos relacionados con la SSyR.

La atención de la sexualidad y la SSySR de adolescentes deberá enmarcarse en las normativas y guías clínicas del Ministerio de Salud Pública. En cada tema se encontrará la referencia específica.

POSIBLES ÁREAS A ABORDAR:

- Derechos sexuales.
- Derechos reproductivos.
- Inicio de las relaciones sexuales.
- Relaciones y prácticas sexuales.
- Autoerotismo.
- Placer y erotismo.
- Mitos y creencias sobre sexualidad y afectividad.
- Diversidad sexual.
- Cuerpo, imagen corporal, autopercepción, crecimiento y desarrollo, anatomía y fisiología de los genitales externos e internos.
- Ciclo menstrual.
- Erecciones y eyaculaciones.
- Respuesta sexual humana.
- Higiene corporal y de los genitales.
- Autoexamen de mamas, testicular y genitales externos, con observación directa e información sobre desarrollo y elementos que obliguen la consulta a la brevedad como varicocele, fimosis, etc.
- Medidas de prevención y anticoncepción.
- Embarazo, parto y puerperio.
- Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH sida y oferta de test rápido para VDRL y VIH
- Sexualidad y tecnologías de la comunicación e información.
- Violencia sexual en sus distintas expresiones.

ORIENTACIÓN Y ESCUCHA EN SSYSR Y SEXUALIDAD:

Se enmarcan en los lineamientos de orientación y escucha ubicado en la primera parte de estas guías.

Tener siempre presente que:

En el abordaje de temas de sexualidad, al igual que en otros asuntos, se deben formular las preguntas con el respeto y la apertura necesaria de forma de favorecer que el adolescente pueda expresar con confianza sus creencias, dudas, temores o necesidades de información al respecto.

Posibles preguntas para habilitar una conversación sobre sexualidad, a realizarse según las condiciones de vida de cada adolescente:

- *¿Tenés pareja? ¿varón o mujer?, ¿salís con alguien o con más de una persona?; ¿tenés relaciones sexuales con esa o esas personas?; ¿a qué edad comenzaste a mantener relaciones sexuales?; ¿Cómo son tus relaciones con XXX?; ¿te sentís cómodo en esas relaciones sexuales?; ¿las mantienes porque vos querés?; ¿tenés algún tipo de dificultad, o algo que te haga sentir mal o te preocupa?*
- *¿Con quién hablás de sexualidad? ¿Cuáles son tus dudas o qué es lo que quisieras saber respecto a tu sexualidad?*
- *¿En tu casa puedes hablar con alguien sobre tu sexualidad?*
- *¿Cómo y con quien tomas las decisiones respecto a tu sexualidad: uso de condón, uso de MAC, tipo de prácticas sexuales, etc.?; ¿estás conforme, te sentís respetado y sentís que respetás al otro?*
- *¿Has tenido dificultades como falta de deseo, erección, eyaculación precoz, dolor en las relaciones sexuales, incomodidad...?*
- *¿Accedes a páginas en internet cuando necesitas información? ¿Cuáles?*
- *¿Conoces la aplicación “el gurú del sexo⁹⁹”?*

Dentro de las propuestas para mejorar la accesibilidad de adolescentes y jóvenes al conocimiento y a los servicios de salud, el Ministerio de Salud ha desarrollado la aplicación GURÚ DEL SEXO. Es una aplicación para dispositivos móviles ya que el uso de celulares y redes sociales es masivo en el país y en la población adolescente, por lo que se configura como un canal privilegiado de comunicación. Brinda información veraz sobre temas como: anticoncepción, protección de ITS, embarazo, interrupción voluntaria del embarazo, salud mental, violencia en el noviazgo y violencia sexual.

99 | Descarga de la Aplicación accesible en <https://guru.msp.gub.uy/>. Disponible Google Play y App Store

CONSULTA PREVENTIVA Y EXAMEN FÍSICO-GENITAL

La consulta preventiva constituye una parte muy importante de la atención integral a la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Contribuye al control y atención del desarrollo puberal/adolescente y debe ser un momento utilizado para brindar orientación y escucha, transformándose en un encuentro educativo.

Las características de la consulta varían en función del motivo de la misma, de la edad y de que la persona haya o no iniciado relaciones sexuales con penetración.

La **consulta preventiva** podrá ser realizada por cualquier profesional del equipo de salud capacitado para esta tarea:

- Los adolescentes pueden sentir miedo a ser juzgados e interpelados por su vida sexual o por sus conductas o hábitos, este temor se puede sustentar en fantasías o en experiencias vividas. Por tal motivo es fundamental el espacio de diálogo y el trabajo del equipo respecto a los preconceptos, mitos y tabúes.
- En las adolescentes se promoverá el control ginecológico en presencia de factores de riesgo, de síntomas y/o signos ginecológicos, iniciadas las relaciones sexuales y a los 3 o 4 años de edad ginecológica.
- En los adolescentes se promoverá la consulta urológica en aquellos que presenten síntomas o signos en el área urogenital, antecedentes de intervenciones (orquidopexias, fimosis y otras) quirúrgicas en la infancia o por solicitud del adolescente.
- La demanda exclusiva de preservativo debe ser contemplada y transformarse siempre en puerta de entrada al resto de las prestaciones en salud a las que los y las adolescentes tienen derecho.
- Se debe ofrecer en el control de salud el test rápido para VHI y VDRL, realizándose la consejería en caso de ser necesario según pautas¹⁰⁰

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL EXAMEN FÍSICO-GENITAL:

- Presenta características diferentes para quienes han iniciado relaciones sexuales con penetración y para quienes no lo han hecho (ver tabla de la siguiente página).
- Se debe solicitar al adolescente el consentimiento para la realización del examen físico y se promoverá su participación activa e involucrada.

100 | ver “Recomendaciones para realizar consejería en VIH con énfasis en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos” (MSP, 2014) y “Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH” (MSP, 2013)

- El profesional deberá explicar al adolescente en qué consiste el examen y para qué se realiza. Es importante contar con material de apoyo como láminas y/o maquetas de genitales y de mamas para brindar la información y mostrar los instrumentos a utilizar (ejemplo el espéculo). Por el posible desconocimiento de su cuerpo, es importante realizar una tarea educativa al respecto.
- Este tipo de examen puede producir pudor, vergüenza, miedo a lo desconocido y al dolor, por lo que realizar la maniobra delicadamente habiendo explicado previamente las características de la misma ayuda en el proceso. Es importante contar con insumos que posibiliten la privacidad: sabanillas, poncho, biombo, etc.
- Preguntar al adolescente si ya fue examinado previamente y cómo ha sido la experiencia. Malas experiencias anteriores, aumentan los temores por lo cual en este caso la tarea educativa deberá ser fortalecida.
- Se deberá promover el autoexamen de genitales femeninos (con espejo), masculinos y de mama, explicando su importancia. Para tales fines es importante contar con material de apoyo y folletería explicativa de cada autoexamen para entregar a al adolescente.
- Para adolescentes que hayan vivido o se encuentren en situación de abuso sexual, el examen físico puede generar malestar e incomodidad, inclusive angustia. Estos son indicadores a tener en cuenta para seguir las pautas establecidas en el apartado sobre el tema.
- En el caso de adolescentes que manifiesten una identidad trans o desconformidad con su cuerpo respecto al género sentido, el examen físico genital y de mamas también puede ser movilizante y es importante tenerlo presente.

Mamas	Mujeres	Ver simetría mamaria, palpación cuidadosa, dar pautas de autoexploración, como una forma de autoconocimiento. Ver Estadío de Tunner.
	Varones	Descartar ginecomastia.
Genitales	Mujeres sin inicio de relaciones sexuales con penetración	Inspección y valoración de genitales externos, incluyendo vello pubiano. Estadío de Tunner. Secreciones vaginales. Identificar malformaciones y lesiones a nivel de la zona, incluyendo la zona perineo-anal de ser necesario.
	Mujeres con inicio de relaciones sexuales con penetración	Ídem anterior. Inspección y valoración de genitales internos. Identificar malformaciones y lesiones internas.
	Varones sin y con inicio de relaciones sexuales con penetración	Inspección, palpación y valoración de genitales externos y vello pubiano. Identificar malformaciones, lesiones, fimosis, prepucio redundante, varicocele (más frecuente a izq.), hernias. Incluir la zona perineo-anal de ser necesario.

INDICACIÓN DE PAPANICOLAOU

La situación epidemiológica del cáncer cérvico uterino en el Uruguay presenta particularidades que lo ubica como un problema de salud pública. En tanto se trata de un cáncer prevenible, resulta fundamental realizar acciones de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento que permitan revertir la situación. Es necesario explicar a la adolescente en qué consiste el PAP, cómo se realiza y por qué es importante, de forma de disminuir temores frente al estudio.

Se debe indicar la realización del PAP:

A toda adolescente, “no histerectomizada, a partir de los 21 años – haya o no iniciado las relaciones sexuales. Se recomienda la realización de los dos primeros PAP en forma anual. De resultar normales se seguirá indicando cada tres años, en el caso de que no presente alteraciones o anomalías. En el caso de presentarlas deberá realizarse valoración adicional.”¹⁰¹

Se recomienda la realización del mismo en los dos años posteriores al comienzo de las relaciones sexuales. Es importante tener en cuenta flexibilizar la indicación, según cada caso y el riesgo impuesto por algunas conductas sexuales.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y MÉTODOS DE BARRERA

El acceso a la anticoncepción y a los métodos de prevención de ITS es un derecho. El proceso de orientación sobre los diferentes métodos, su efectividad, su uso correcto, la libre elección informada y la posibilidad de obtenerlos en forma oportuna y continua deberían contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

La orientación y el procedimiento de entrega de métodos anticonceptivos deben estar enmarcados y seguir los lineamientos del MSP.¹⁰²

A continuación se presentan consideraciones específicas para adolescentes:

LOS SERVICIOS DE SALUD DEBERÁN:

- Garantizar el acceso universal, equitativo y con continuidad a métodos de barrera de calidad y a los métodos anticonceptivos como parte de la doble protección (anticonceptiva y preventiva de ITS) en los casos donde existe posibilidad de embarazo, en el marco del espacio confidencial de orientación y escucha.
- Promover el uso del condón como método de protección para la anticoncepción y prevención de las ITS - VIH-sida.

101 | MSP. Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello de Útero. Uruguay, 2015.

102 | MSP. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual de orientación anticonceptiva. Métodos temporales y permanentes. Uruguay, 2013.

Es importante la promoción del **doble método** (condón + ACO o condón + métodos de larga duración como implante o Diu). El uso de doble método no sólo aumenta la efectividad en la anticoncepción sino que es imprescindible como prevención de las ITS incluyendo el VIH. Es deseable que se promueva el uso de condón en las relaciones sexuales con pareja estable, considerándolo una medida de autocuidado que no debe condicionarse al grado de confianza que se tenga o no en la pareja.

La edad por sí misma no constituye una razón para no otorgar métodos, su acceso es un derecho. Sin embargo, es importante estar atentos a las solicitudes de MAC en edad muy tempranas, menores de 14 años para indagar posibles situaciones de abuso sexual.

Las inquietudes con relación a algunos métodos deben ser balanceadas con las ventajas de evitar un embarazo no planificado y las ITS.

Se debe tener en cuenta el concepto de autonomía progresiva.

La elección del método debe ser una decisión tomada por el adolescente. La persona que realiza la orientación respetará el derecho a escoger. La persona que orienta debe también incorporar los criterios médicos de elegibilidad para definir los métodos que la usuaria no podría usar por razones de salud.

PAUTAS PARA USO DE MAC EN ADOLESCENCIA:

Como pauta general, el adolescente puede usar y debe acceder a todos los métodos anti-conceptivos disponibles

La adecuada orientación permitirá adaptar estas pautas generales a las necesidades, características y expectativas de cada adolescente en particular.¹⁰³

PRESERVATIVOS/ CONDONES

Los prestadores de salud, tanto públicos como privados, deben brindar, en forma obligatoria, los preservativos masculinos a todos los que lo soliciten, contra el pago de una tasa moderadora establecida por el Poder Ejecutivo. Se debe entregar una cuponera que asegure recibir el suministro, durante un año, de 15 preservativos por mes. Durante dicho período no se requiere nueva indicación médica o receta. El MSP Promueve el uso de la doble protección y la entrega de preservativos puede acompañar la provisión de otro método.

El condón, tanto masculino, como femenino, es el único método que además del efecto anticonceptivo, protege contra la infección por VIH y otras ITS.

Siempre que sea posible, muestre cómo debe colocarse el condón, explicando, en detalle, todos los pasos del procedimiento, independientemente del género del adolescente, con maquetas que faciliten la comprensión. Es además necesario, empoderar a las mujeres sobre el control del uso adecuado, así como de la necesidad al terminar la relación de comprobar que el condón no ha sufrido roturas.

103 | MSP. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual de orientación anticonceptiva. Métodos temporales y permanentes. Uruguay, 2013.

**ANTICONCEPTIVOS
DE EMERGENCIA**

Siempre que se brinde este método, señalar que su uso será solo en caso de emergencia, explicando que no es aconsejable su uso como anticonceptivo habitual, pero evitando infundir miedo o preocupación con frases que la describen como “bomba de hormonas”. Es deseable que se explique que no es la pastilla del día después, sino que debe tomarse lo antes posible, aunque es efectiva en las primeras 72 horas posteriores a la relación sexual.

Los prestadores de salud, tanto públicos como privados, lo deben brindar, en forma obligatoria, a todas las usuarias que lo soliciten, contra el pago de una tasa moderadora establecida por el Poder Ejecutivo. Se debe entregar una cuponera que asegure recibir el suministro de 3 blísteres en el año.

Deberán estar disponibles durante todo el horario que el centro de salud esté abierto. Para el suministro de este método no es necesaria la consulta ginecológica. Se deberán proveer tanto en puerta de emergencia, policlínica o Servicio de salud para adolescentes con la correspondiente orientación y escucha y acompañado de condones.

Además de brindar el método, se coordinará una consulta de salud en un lapso de espera no mayor a 72hrs. La misma deberá ser preferentemente ginecológica y en el Servicio de salud para adolescentes. En dicha consulta se reafirmará la orientación y escucha brindada y se suministrará el MAC elegido según opción y necesidad de la adolescente.

**ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES:
ORALES E
INYECTABLES**

Solicitud de anticoncepción hormonal por primera vez:
Valoración general, verificar:
Contraindicaciones relativas y absolutas personales y familiares (dentro de ellos: cuadros trombocitopenia en familiares jóvenes y episodios sugestivos de trombofilia familiar).
Exámenes preventivos de SSySR vigentes. No obstante, la vigencia de los estudios preventivos debe explorarse como oportunidad para informar a las usuarias y solicitarlos, pero no debe ser limitante para acceder al MAC elegido.
Brindar orientación y escucha
Acceso al MAC elegido:
Se sugiere el uso de ACO que tengan 30 ó más microgramos de etinilestradiol. Con respecto al progestágeno se recomiendan los de tercera generación, que son menos androgénicos (norgestimato, desogestrel y gestodeno, y más recientemente, nomegestrol y dienogest)¹⁰⁴. Esto podrá variar según la situación clínica de cada adolescente.
Los prestadores de salud, tanto públicos como privados, deben brindar, en forma obligatoria, los ACO a todas las usuarias que lo soliciten, contra el pago de una tasa moderadora establecida por el poder ejecutivo. Se debe entregar una cuponera que asegure recibir el suministro por un año (13 ciclos). Durante dicho período no se requiere nueva indicación médica o receta.
Así mismo: Se debe promover el uso del doble método (doble protección), por lo cual podrán recibir en forma simultánea cuponeras para métodos hormonales (AOC, Píldora progestágeno, PAE) y para métodos de barrera (preservativo).
Con respecto a los anticonceptivos inyectables, a las adolescentes se deben suministrar en lo posible inyectables con estrógenos. Su uso está especialmente indicado para adolescentes con dificultades de adherencia a las ACO.
Seguimiento de 1 a 3 meses para descartar complicaciones, problemas de tolerancia o de adherencia.
Consultas subsiguientes de control y/o reposición del método elegido

**IMPLANTES
SUBDÉRMICOS**

Toda mujer adolescente que, después de la orientación, escoge usar implantes y hay certeza razonable de que no está embarazada puede usarlos, siempre que no tenga alguna condición médica que haga que el método no sea recomendable en ese momento, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (CME). (Ver Manual de orientación anticonceptiva MSP¹⁰⁵)

Debe realizarse una adecuada orientación sobre las características del método, que incluya su efectividad así como los efectos secundarios frecuentes.

Se recuerda que los métodos de larga duración, como el Implante, son los recomendados en esta franja etaria basándose en la evidencia científica. Por lo cual se debería informar y lograr accesibilidad para las que lo soliciten.

Debe recabarse el consentimiento de la adolescente por escrito utilizando el formato de Consentimiento para la inserción de implantes anticonceptivos subdérmicos del MSP. Si la adolescente es capaz de consentir, ella firmará dicho documento.

El MSP promueve la “doble protección”. Explique que los implantes no protegen contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, asesore sobre la importancia de la “doble protección” y estimule su uso.

**DISPOSITIVOS
INTRAUTERINOS**

Según la OMS las adolescentes cualquiera sea su edad pueden usar el DIU en general. Su uso debe evaluarse en cada caso individual y generalmente los beneficios superan los riesgos teóricos o probados.

Una usuaria puede iniciar el uso de DIU en cualquier momento que lo desee desde que exista una certeza razonable de que no está embarazada. Si no hay certeza de que no está embarazada es recomendable usar otro método hasta la próxima menstruación, cuando se podrá colocar el DIU.

El MSP promueve el uso de la doble protección. Informe que el DIU no protege contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, explique lo que es y la importancia de la “doble protección” y estimule su uso. Las instituciones deben asegurarse que las mujeres reciban también condones para el uso de doble protección.

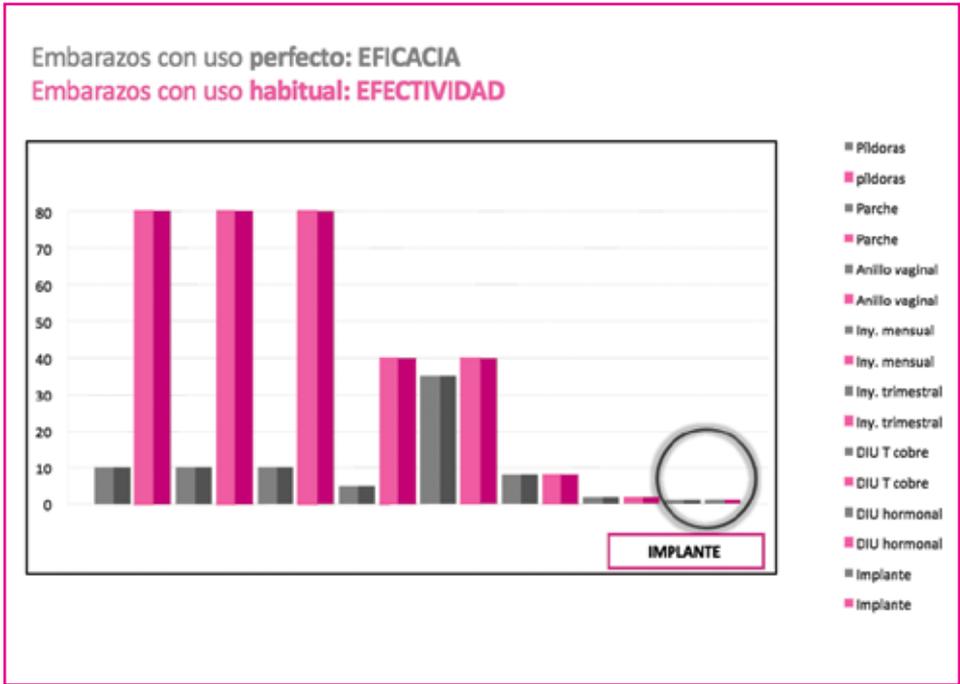
Debe recabarse el consentimiento de la adolescente por escrito utilizando el formato de Consentimiento para la inserción de DIU del MSP. Si la adolescente es capaz de consentir, ella firmará dicho documento. La salud Sexual y reproductiva, es parte de la atención básica de salud. Es recomendable que las usuarias de DIU, como todas las mujeres, consulten por lo menos una vez por año en el servicio de salud para acciones de detección precoz y prevención de enfermedades. En estas consultas se hará el control clínico, exámenes para detección precoz de cáncer, vacunas y otras acciones de promoción de la salud (control ginecológico anual como parte del control integral de salud).

La eficacia de los distintos métodos anticonceptivos se determina por el Índice de Pearl, que se mide por el número de embarazos no planificados por cada cien mujeres al año que utilizan un determinado método.

La eficacia anticonceptiva de los distintos métodos puede variar enormemente de una persona a otra debido a que, según la forma de administración del método, hay variaciones que son operador dependiente. La eficacia está relacionada con el uso correcto y consistente del método anticonceptivo elegido. La mayoría de las usuarias y de los usuarios tienden a hacer más efectivo el método a medida que adquieren mayor experiencia en su uso. En estudios para medir la eficacia anticonceptiva se denomina: **Uso habitual:** gestaciones que se producen en todos los meses o ciclos con exposición, más allá de cómo se utilizó el método. **Uso correcto:** gestaciones producidas con el uso perfecto del método. La comparación en relación a eficacia y efectividad de los MAC se puede valorar en la gráfica siguiente.¹⁰⁶

Son los métodos de larga duración los que han demostrado mayor efectividad y mayor eficacia

COSTO EFECTIVIDAD DE MAC



106 | Trussell J. Contraceptive efficacy. En Hatcher R. y col., editores. Contraceptive technology. 19th revised ed. 2007 (en imprenta). Las tasas para los inyectables mensuales y capuchones cervicales son de Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004; 70(2): 89-96.

EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y AMAMANTAMIENTO

El embarazo en la adolescencia ha sido identificado como uno de los problemas en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales, ya que:

- Uruguay presenta altos niveles de fecundidad adolescente en relación al promedio del mundo y de la región.
- Es una expresión y consecuencia de la desigualdad y segmentación social, y de la vulneración de derechos.
- En la mayoría de los casos no fueron planeados.
- Afecta seriamente los desempeños a futuro, compromete la autonomía y la capacidad de autosustento.
- Afecta la continuidad o reinserción educativa, la participación en otras dimensiones y ámbitos.
- En las menores de 15 años se vincula a violencia sexual, y en parte de las mayores también.
- Da cuenta de relaciones desiguales de género.

El embarazo en adolescentes menores de 15 años debe sospecharse el abuso y/o explotación sexual. En Uruguay hay niñas que sufren la maternidad forzada. Implica un pasaje abrupto de ser niña a ser mujer que fragiliza la vida emocional. Desde el punto de vista físico tiene mayor riesgo de morbilidad durante el embarazo, parto y puerperio. Aumenta la prematuridad y mortalidad neonatal.

Ante esta situación el país desarrolla una **Estrategia Intersectorial de prevención del embarazo** no intencional en adolescentes que involucra a MSP, MIDES, MEC, OPP, INAU, ANEP, ASSE. Apoyada por el núcleo interdisciplinario de Adolescencia, Salud y DDSSRR de la Universidad de la República y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, en coordinación con organizaciones de la sociedad civil.

Dimensiones de abordaje de la Estrategia¹⁰⁷:

- Posibilidades de desarrollo y salida de las situaciones de pobreza.
- Abandono escolar de las adolescentes.
- SSyR, DDSSyRR y educación sexual.
- Condiciones de ejercicio de la ciudadanía.
- Modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad, relaciones de género.
- Violencia basada en Género y Generaciones.
- Inclusión de los varones.

107 | http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20FINAL%202017%20AGOSTO.pdf

- Empleo y mercado laboral.
- Factores psicoemocionales y subjetividad.
- Situaciones específicas: privación de libertad, discapacidad.
- Maternidad y paternidad de adolescentes.

Acciones de promoción de SSyR y de prevención del embarazo no intencional en adolescentes.

Dentro de estas acciones destacamos la valoración de riesgo de tener un embarazo no intencional.

De esta manera en la consulta el profesional de salud entenderá si el o la adolescente se encuentra en situación de riesgo valorando las siguientes áreas:

- Si no concurre a centros de enseñanza formal o no formal.
- Si menciona estar o haber vivido episodios de violencia.
- Si inició o piensa iniciar su vida sexual pero no conoce los métodos anticonceptivos y de prevención de ITS.
- Si tiene hijos o realizó interrupciones voluntarias del embarazo y/o abortos espontáneos.

Luego de detectar vulnerabilidad se hará pronta derivación a asistente social, psicólogo o ginecólogo de acuerdo al caso. En cada institución se deberá crear la ruta de atención de la adolescente vulnerable.¹⁰⁸

A su vez se deberá promover la **detección oportuna y temprana de aquellas adolescentes que se encuentren cursando un embarazo.**

El control y captación del embarazo en forma temprana es fundamental para la prevención y la detección de patologías e ITS¹⁰⁹, en caso de continuarlo que se desarrolle saludablemente y en caso de interrumpirlo tomar en cuenta los plazos estipulados por la Ley.

La atención debe seguir los lineamientos de las **normativas y guías del MSP.**¹¹⁰
En este apartado se abordan las especificidades para adolescentes.

108 | Maternidad en adolescente y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas. UNFPA, UDELAR. 2016

109 | Realizar test de VIH con consentimiento informado y VDRL. Ante resultado positivo del test VIH, comenzar tratamiento antirretroviral en el embarazo, suspender lactancia y realizar tratamiento al recién nacido, lo que evita en un porcentaje muy elevado la transmisión vertical y promueve la salud. Guía Clínica para la Eliminación de la Sífilis congénita y transmisión vertical del VIH. MSP. Uruguay, 2015.

110 | Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. - Programa de Salud Integral de la Mujer – DIGESA – MSP. Uruguay, 2014.

-En el caso de intención de interrupción del embarazo se deberá actuar según las Normativas nacionales vigentes y guías de práctica clínica del MSP. (Ordenanza 369/2004, Ley 18987/2012, Decreto 375/2012, Decreto 428/2012, Ordenanza 243/2016, Ordenanza 247/2016).

En el caso de las adolescentes con VIH se deberá actuar según la Guía Pautas de Atención a personas con VIH en el Primer Nivel de Atención. MSP. Uruguay, 2016.

En caso de las adolescentes que deseen interrumpir el embarazo se deberá actuar según la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y su reglamentación (posteriormente se detalla las especificidades para las adolescentes).

- La puerta de entrada a los servicios de salud se debe considerar como oportunidad para acercar a adolescentes y a sus adultos de referencia a los espacios específicos de atención integral, generando un vínculo más allá de esta consulta concreta.
- Los servicios de salud deberán garantizar la atención de la adolescente embarazada, su pareja¹¹¹ o acompañante y el recién nacido en forma universal, equitativa, de calidad y con continuidad.
- Su seguimiento y control debe realizarse en el primer nivel de atención de no presentar factores de riesgo o patologías que requieran prestaciones propias del segundo nivel de atención.
- Deberán ser valoradas exhaustivamente para definir signos de alarma: Las adolescentes tempranas, las que se encuentren cursando los dos primeros años de edad ginecológica (tiempo que media entre la menarca y el momento de la consulta), las portadoras de patologías crónicas (incluidas las del área de la salud mental), las que consumen sustancias psicoactivas. Frente a estas situaciones: referir oportunamente a nivel de mayor complejidad para su mejor valoración. El acompañamiento o seguimiento de esta adolescente podrá ser en ese nivel de referencia si así lo amerita o volver al primer nivel de atención con una adecuada contrarreferencia.
- La atención integral durante este proceso implica necesariamente la consideración de las adolescentes y sus parejas, como sujetos de derecho y protagonistas de sus vidas. Esto significa: dialogar, favorecer la expresión de inquietudes, incertidumbres, miedos, saberes y promover la toma de decisiones.
- Se debe incluir al varón en un rol central y no como “acompañante”. Esto significa: mirarlo, dirigirle la palabra, realizarle preguntas, posibilitar que realice las suyas y se involucre en la toma de decisiones.
- También es importante promover, cuando la adolescente así lo estime pertinente, la incorporación de su familia. Cuando las familias desconocen el embarazo, se recomienda generar en forma conjunta con la adolescente y su pareja una estrategia de involucramiento de redes primarias de contención.
- El embarazo puede generar sentimientos ambivalentes e incertidumbres. Es función del equipo de salud acompañar a la adolescente, su pareja y las familias en este proceso.

111 | En estas guías cuando se utilice el término “pareja” será en referencia al varón o mujer que tenga este vínculo con la adolescente. La pareja puede no ser el progenitor. En este caso se favorecerá su inclusión si están las condiciones dadas. La adolescente puede no tener pareja, concurrir con una persona de su entorno o sola. En este caso se favorecerá la identificación de una persona de su confianza para acompañarla durante el proceso.

PRIMERA CONSULTA

Se deberá fomentar la captación temprana, pero independientemente del momento en que ésta ocurra, siempre deberá ser realizada como el primer encuentro con la adolescente.

Pueden ser varios los motivos de consulta: confirmar un posible embarazo, realizar el primer control, búsqueda de apoyo para interrumpir la gestación o para dar el bebé en adopción, tratar alguna complicación. En algunos casos el embarazo podrá no aparecer como el primer motivo.

Cualquiera sea el motivo de consulta, deberá ser el punto de partida para establecer una relación de confianza con la adolescente que permita mantener un contacto permanente y fluido entre ella, la pareja, familias y el equipo de salud.

MANTENGA LA CONFIDENCIALIDAD
RESPÉTELA Y APÓYELA ANTE SUS DECISIONES
NO JUZGUE EN BASE A SUS PRECONCEPTOS Y VALORES.

Se recomienda realizar el primer control del embarazo ante la primera falta menstrual, y antes de las 12 semanas de amenorrea.

FLUJOGRAMA PARA LA PRIMERA CONSULTA
PREGUNTAS PARA LA ADOLESCENTE Y LA PAREJA.
ORIENTACIÓN (A ADAPTAR) PARA LOS ADOLESCENTES VARONES QUE PLANTEEN ESTA SITUACIÓN EN SU CONSULTA DE SALUD.

¿Cómo te diste o se dieron cuenta ambos que estabas embarazada? ¿Cuándo fue? ¿Cómo fue? ¿Fue buscado/ planificado?

En caso de que no esté presente el varón preguntar si él sabe, si tienen vínculo, si piensa involucrarlo en este proceso.

Si está o estará involucrado: plantear que concurra a la próxima consulta. De no querer involucrarlo: ahondar en las causas. Ante la posibilidad o sospecha de abuso sexual proceder según las pautas del capítulo sobre violencias de estas guías.

¿CÓMO ESTÁS, CÓMO TE SENTÍS?

ESTA PREGUNTA DEBERÁ SER SIEMPRE LA PRIMERA DE CADA CONSULTA: CONTEMPLANDO LO BIOLÓGICO Y LO AFECTIVO.

Ante demostración de no conformidad, malestar, ambivalencia: AHONDAR.
¿Pensás que este no es el mejor momento para tener un hijo/?, ¿está en tus planes tenerlo? ¿Está en tus planes criarlo? ¿Pensaste en interrumpir el embarazo?

Ante demostración de conformidad y bienestar:

Ante la posibilidad de darlo/a en adopción: brindar seguimiento psicosocial. El proceso podrá finalizar o no en la adopción. En este caso trabajar el desvínculo y procesos institucionales de adopción.

Ante posibilidad de interrupción de la gestación: actuar según la Normativa 369 del MSP (agosto 2004), Ley IVE 18987/2012 de OBLIGATORIO cumplimiento en todo el territorio nacional. La edad de la adolescente no es excusa para no usufructuar este derecho. (Autonomía progresiva)

Ante sentimientos ambivalentes, pero intención de tener un hijo/a, continuar.

Abrir historia clínica perinatal: hoja SIP, como registro adicional de la historia SIA (CLAP-OPS). Entregar el "Carné de control perinatal". Examen clínico y paraclínica de rutina obstétrica.

Ante situación de falta de consenso entre la adolescente, la pareja y/o la familia respecto a la continuación o no del embarazo el equipo deberá priorizar la decisión de ella, brindando el apoyo necesario.

En todas las situaciones realizar las siguientes preguntas:

- ¿Alguien más sabe que estás embarazada? ¿Quién o quiénes? ¿Pensás o piensan contarle a alguien más en estos días? ¿Alguien más estará acompañando en estas decisiones?
- ¿Cómo reaccionan estas personas? ¿Qué dijeron: familia, amigos, entorno en general, sistema educativo, entorno laboral, espacios de referencia, pertenencia y socialización?

Detectar posibles derivaciones comunitarias a realizar e instituciones con quienes coordinar.

La participación comunitaria es un eje de la atención integral. Se promoverá la participación de actores comunitarios para el acompañamiento y/o seguimiento. Se promoverán visitas domiciliarias por parte del equipo de salud y la coordinación con los Programas de Cercanías.

SEGUIMIENTO

Atención en Salud Mental

Si bien el psicólogo debe integrar al equipo de salud, hay ciertas situaciones específicas que pueden ameritar en mayor medida su involucramiento durante este proceso, a solicitud de la adolescente o por indicación del equipo.

Posibles situaciones: embarazos de alto riesgo, amenaza de parto de pre-término, diagnóstico prenatal o nacimiento de niño/a con defecto congénito, prematuro o enfermo, dificultades previstas o actuales en la relación con el recién nacido, adolescentes con patología psiquiátrica, adolescentes con discapacidad, intención de entrega del hijo/a en adopción, aborto espontáneo u óbito fetal, embarazo producto de violación, fallecimiento de la pareja durante el embarazo u otras pérdidas traumáticas, adolescentes con consumo problemático de sustancias y otras indicaciones que surjan de la consulta (con opción de referencia a un segundo o tercer nivel).

Posibles situaciones en los casos de embarazo no intencional-no aceptado: antecedentes psiquiátricos, se reitera el aborto como método anticonceptivo, violación o violencia doméstica, no cuenta con redes de sostén, coinciden situaciones de crisis vitales o eventos traumáticos.

El seguimiento puede ser realizado por ginecólogos, obstetras parteras, médicos de familia y otros médicos capacitados. El número de consultas obstétricas de la adolescente con un embarazo sin patologías debe ser de al menos cinco, con un inicio temprano y la siguiente frecuencia.¹¹²

- Mensualmente hasta la semana 32
- Quincenalmente hasta la semana 36
- Semanalmente hasta el parto o hasta las 41 semanas

112 | Guía en SSySR. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. MSP-2014

Esta secuencia podrá alterarse en función de las necesidades de la adolescente y/o consideraciones específicas del equipo de salud. Se debe favorecer que la adolescente consulte siempre que sienta la necesidad.

La OMS¹¹³ destaca que el control del embarazo adolescente obtiene mejores resultados cuando es realizado por un equipo interdisciplinario.

Durante todo el proceso, el equipo de salud deberá realizar orientación y escucha. Tanto el dispositivo clínico individual como el grupal, son un componente fundamental de la atención integral. Su falta constituye un factor de riesgo.

Los servicios deberán garantizar los recursos materiales y humanos necesarios para brindar espacios de educación participativa, INDIVIDUALES Y GRUPALES, que incluyan temas de interés para las adolescentes y sus parejas o acompañantes y no solo se favorecerá la preparación para el embarazo, parto y nacimiento. Estarán a cargo de un equipo interdisciplinario.

Contenidos a abordar en las instancias educativas individuales y colectivas:

- Informar sobre: Derechos sexuales y reproductivos, derechos de las usuarias y derechos de los adolescentes. En especial el estar acompañada durante todo el proceso, ser consultada y dar consentimiento para todos los procedimientos que se le realicen, elegir la posición durante el trabajo de parto y el parto propiamente dicho, etc.
- Información sobre el preparto, trabajo de parto, parto, nacimiento y puerperio.
- Prevención de violencia.
- Hábitos saludables y conductas preventivas:
 - El autocuidado en salud, posiciones corporales, sueño y descanso, la higiene.
 - Salud bucal, prevención de infecciones dentarias e higiene bucal.
 - Importancia del conocimiento y práctica de la estimulación temprana prenatal, importancia del apego.
 - Nutrición – alimentación.
 - Consumo de sustancias en el embarazo.
 - Prevención de malformaciones.
- Cambios del cuerpo durante la gestación.
- Síntomas y signos fisiológicos y patológicos de cada trimestre.
- Vínculos familiares y sociales durante el embarazo, y cuidados luego del alumbramiento.
- Temores e inseguridades del embarazo: fantasías, mitos, creencias, miedo al parto, a la muerte, al dolor.

113 | Risk and factors affecting adolescent reproductive health. Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH). Blue, R. ;Mari, W .World Health Organization.Geneva. 2006

- Sexualidad y afectividad. Características específicas de esta etapa.
- ITS: uso del condón durante el embarazo. Es importante que en las acciones orientadas a los adolescentes, se trabaje el derecho a exigir un diagnóstico de VIH e ITS.
- Anticoncepción post parto, ofreciendo orientación que incluya métodos de larga duración.
- Amamantamiento y lactancia: según normas del MSP. Transmitir técnicas de amamantamiento.
- Control neonatal y vacunación del RN.
- Reincorporación al sistema educativo y/o laboral.
- Actividad física y deportes durante el embarazo.

Durante el embarazo, la institución deberá posibilitar que la adolescente y quien vaya a acompañarla en el trabajo de parto, parto, nacimiento y puerperio realicen una visita a la Maternidad para conocer las salas en donde desarrollarán estos procesos.

PARTO

Las instituciones deben asegurar que la atención de la adolescente en el proceso del trabajo de parto, parto, nacimiento y puerperio sea eficiente, integral, personalizada y humanizada a través de una atención de calidad y eficacia basada en el más alto nivel de evidencias científicas incluidas en las pautas del Ministerio de Salud.¹¹⁴

La OMS propone 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado del embarazo, parto y puerperio:

1. No medicalizar.
2. Uso de tecnología apropiada.
3. Medicina basada en la evidencia.
4. Sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado secundarios y terciarios de mayor complejidad.
5. Multidisciplinariedad.
6. Integralidad.
7. Centrarse en las mujeres y sus familias.
8. Respeto a la pluralidad y las diferentes pautas culturales.
9. Inclusivo, con la toma de decisión informada de las mujeres.
10. Respeto por la privacidad del cuerpo, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado integral perinatal de la adolescente y de quien nace.

¹¹⁴ | Guía en SSySR. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. MSP-2014

Todo establecimiento debe cumplir con la ley 17386/2006 de acompañamiento al parto y nacimiento. Toda adolescente tendrá derecho a ser acompañada por quien ella decida, durante el trabajo de parto y parto (vaginal o cesárea). Con tales fines es fundamental que durante el embarazo se aborde este tema. Trabajar con aquellas que concurren solas la posibilidad de identificar una persona de confianza que la acompañe durante el trabajo de parto y parto. En determinadas situaciones, podrá ser necesario el acompañamiento específico de un profesional de la salud mental, a solicitud de la adolescente o por indicación del equipo.

El equipo deberá respetar su voluntad de acercamiento o no a al recién nacido, no forzando el apego ni el amamantamiento. Se debe brindar acompañamiento psicosocial basado en la desculpabilización, esclarecimiento, asesoramiento y atención personalizada al bebé. Se procederá de acuerdo a las pautas protocolizadas¹¹⁵. En el caso de decidir el desvínculo continuar el acompañamiento y seguimiento luego de la separación.¹¹⁶

PUERPERIO

Se trata de un período de suma importancia desde el punto de vista biopsicosocial.¹¹⁷ Su atención deberá realizarse según los lineamientos del MSP.¹¹⁸ En función de las características de esta etapa de la vida, los servicios de salud deberán brindar a las adolescentes madres y padres espacios grupales e individuales para la preparación y acompañamiento durante esta etapa.¹¹⁹

Actividades para acompañar la paternidad/maternidad¹¹⁹

- Reuniones en grupos de aprendizaje con padres, madres y referentes del entorno y familia, para abordar temas como:
 - crianza, pautas de higiene y alimenticias, estimulación oportuna.
 - identidad adolescente y roles reproductivo, creativo y productivo.
 - relaciones equitativas entre varones y mujeres.
 - relaciones con abuelas/os, familias de origen.
 - empoderamiento para la toma de decisiones y autoestima.
 - derechos del hijo, su padre y madre.
- Proveer contención y apoyo.
- Coordinar con instituciones gubernamentales y de la sociedad civil que trabajen con adolescentes padres y madres.

115 | Protocolo de Intervención del Departamento de Trabajo Social del Hospital de la Mujer ante situaciones de desvínculo entre madre de origen y recién nacido, ASSE- INAU- ACJ, 2006.

116 | Desvínculo Adopción. Una mirada integradora. 2012 Iniciativas Sanitarias

117 | En Uruguay fallecen más mujeres por las complicaciones de este período que por las que ocurren en todas las demás etapas.

118 | Guía en SSySR. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. MSP-2014

119 | Se tomaron elementos de las "Recomendaciones para la atención integral de salud de los adolescentes. Con énfasis en salud sexual y reproductiva. Centro de Estudios de Población (CENEP) Con la colaboración de Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Serie OPS/FNUAP N° 2.

Temas para abordar en la consulta en puerperio:

- Cuidados personales y puericultura.
- Fomentar tempranamente el apego madre-padre-hijo.
- Paternidad y maternidad adolescente.
- Relaciones sexuales.
- Anticoncepción y doble protección para prevenir embarazos no planificados e ITS.
- Inserción educativa y/o laboral.
- Identificar situaciones de violencia.

Los controles puerperales deberán tener algunas características que han mostrado ser exitosas en el primer nivel de atención a la salud:

- Control conjunto del recién nacido y la adolescente madre.
- Horarios flexibles.
- Continuidad del control con el mismo equipo.
- Tiempo disponible para orientación y escucha.
- Seguimiento y recordatorio de los turnos para controles.
- Suministro de métodos anticonceptivos y condón.
- Énfasis y apoyo en la lactancia exclusiva y a libre demanda

Interrupción Voluntaria del Embarazo en la adolescencia.¹²⁰

Según cifras oficiales del Ministerio de Salud, el 15 % de las usuarias que accedieron a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), son adolescentes. En general el embarazo no intencional y el aborto se viven como una “situación vital estresante” en la que coexisten sentimientos de angustia, ansiedad, desesperación, temor, culpa y vulnerabilidad. En este contexto las mujeres adolescentes pueden sentir el castigo social, experimentar abandono y soledad. Los riesgos psicológicos y sociales se disminuyen generando espacios habilitantes para la toma de decisiones (entrevistas con equipos multidisciplinarios) en los que la mujer pueda examinar, por qué y cómo está tomando esta decisión, discutir alternativas y detectar factores de riesgos adicionales que requieran un seguimiento más estrecho.

A continuación se abordarán los contenidos de la Ley 18.987, su Decreto Reglamentario y el Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la IVE, que aplican a la atención de la usuaria adolescente.

120 | Ley 18.987/2012

¿Quiénes pueden solicitar la IVE?¹²¹

Toda mujer que cumpla los siguientes requisitos, independientemente de su edad:

- **Expresar verbalmente su voluntad de interrumpir el embarazo.**
- **Ser ciudadana uruguaya natural o legal, o extranjera residente en el país al menos por un año previo a la consulta.**
- **Estar cursando un embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación para las situaciones generales, o las primeras 14 semanas en caso que el embarazo sea producto de violación, o independiente de la edad gestacional si el embarazo pone en grave riesgo la salud de la mujer o existen malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina.**

Situaciones generales

Interrupción de embarazos durante las primeras 12 semanas de gestación, inclusive, solicitada por mujeres con situaciones de penuria económica, sociales, familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.

Situación 1. Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación, mayores de 18 años o menores habilitadas.¹²²

Situación 2. Mujeres menores de 18 años no habilitadas que manifiesten su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación.

Situación 3. Mujer declarada incapaz judicialmente cuyo curador/a solicita la interrupción voluntaria de la gestación.

Situaciones excepcionales

En las tres situaciones siguientes la definición de la IVE no exige la actuación del equipo interdisciplinario previsto por la ley, requiriendo sí la expresión de la voluntad de la mujer.

Situación 4. Violación: Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo producto de una violación, acreditada con constancia de denuncia judicial dentro de las 14^a semanas de gestación.

Situación 5. Grave riesgo para la salud de la mujer: Mujer cuya condición de gravedad implique un grave riesgo para su salud bio-psico-social, independiente de la edad gestacional.

Situación 6. Proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina: Mujer embarazada en quien se verifiquen malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina, independiente de la edad gestacional.

121 | Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), MSP 2016. <http://www.msp.gub.uy/publicaciones/salud-sexual-y-reproductiva-g%C3%A9nero/salud-de-la-mujer>

122 | Según el Código Civil art. 91, 302, 305, se consideran habilitadas las mujeres menores de 18 años casadas, divorciadas o viudas aún en caso que se haya producido esta condición dentro de la minoridad. (la ley habilita a consentir el matrimonio a la mujer a los 12 años, con consentimiento de tutores o judicial)

¿Cuál es el proceso asistencial previsto en la Ley 18.987 para las Situaciones generales?

IVE 1	1ª consulta con médico	RECEPCIÓN DE LA VOLUNTAD DE LA MUJER	Se verifican los requisitos, se solicita paraclínica (Ecografía, Grupo y Rh) y se refiere en forma responsable a la 2ª consulta.
IVE 2	2ª consulta con equipo interdisciplinario	ASESORAMIENTO	Tres profesionales con actuación articulada y simultánea (ginecobstetra, profesional del área social y del área de salud mental), realizan asesoramiento e informan sobre el lapso de reflexión propuesto por la ley - no menor de 5 días corridos.
IVE 3	3ª consulta con ginecólogo	EXPRESIÓN FINAL DE VOLUNTAD DE LA MUJER	Se inicia el procedimiento de IVE definido en la Guía Técnica. Aborto farmacológico o quirúrgico, ambulatorio o institucional, según indicación del ginecólogo.
IVE 4	4ª consulta con ginecólogo, médico de familia u obstetra partera	SEGUIMIENTO POSTERIOR AL ABORTO	Evaluar la eficacia del procedimiento, la salud y seguridad de la paciente, y brindar consejería en anticoncepción y provisión del método elegido. ¹²³

Aspectos específicos de la aplicación de la Ley de IVE en las mujeres adolescentes

Las usuarias adolescentes que soliciten la IVE deberán cumplir los requisitos y realizar el proceso asistencial ya descrito. Además se tendrán en cuenta los siguientes aspectos específicos (Ley 18.987, artículo 7):

La concurrencia de una adolescente menor de 18 años no habilitada obliga a la consideración de su **autonomía progresiva** prevista por las Leyes 18987, 18426 y el código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 17.826). Esta evaluación será preferentemente realizada por los técnicos del equipo interdisciplinario.

⊗ Si el equipo considera que la mujer adolescente **es capaz de tomar decisiones autónomas**, su sola voluntad definirá la continuidad del proceso.

⊗ Si a juicio del equipo esa adolescente no configura condición de autonomía, más allá de considerar su opinión, deberá realizarse consulta con sus padres, o de estar éstos ausentes, otro adulto referente.

- Si existe coincidencia de opinión, será conveniente que padres y/o adulto acompañen el proceso de asesoramiento.
- De no coincidir la voluntad de padres o adulto referente con la de la adolescente, y agotados los esfuerzos por lograr consensos, la adolescente podrá optar por concurrir ante Juez a dirimir la decisión. (Juzgado de Familia en Montevideo, Juzgado de Paz en el interior).

123 | Guía Técnica para la Interrupción voluntaria del embarazo IVE, segunda edición. Uruguay 2016 <http://www.msp.gub.uy/publicaciones/salud-sexual-y-reproductiva-g%C3%A9nero/salud-de-la-mujer>

- En ningún caso la voluntad de interrupción de la gestación por parte de padres/adulto podrá imponerse a la voluntad contraria de la adolescente.

La condición de autonomía de la adolescente debe quedar claramente explicitada en el Formulario IVE 2 y en la historia clínica. En caso de evaluación positiva, tanto la Constancia de Asesoramiento como el Consentimiento Informado serán firmados por ella.

En caso de evaluación negativa de su autonomía, pero existiendo acuerdo con padres o adulto referente, todos registrarán su firma.

CONFIDENCIALIDAD Y DDSSRR EN LA ADOLESCENCIA

En todos los casos, incluyendo a las usuarias adolescentes, la gestión del proceso de atención por IVE, debe asegurar la privacidad de la atención y la máxima confidencialidad, en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva.

Todos los registros, historia clínica, Formulario IVE, Constancia de Asesoramiento y Consentimiento Informado se apoyarán en la identificación exclusiva por documento de identidad.

En caso que la mujer manifieste su deseo que no quede registro alguno en la historia clínica, derecho garantizado en la Ley 18.331¹²⁴, se le explicará que si bien pueden no adjuntarse los registros antedichos en la historia clínica y no realizarse registros específicos, los anteriores formularios deberán permanecer en custodia por parte de Registros Médicos de la institución. Serán enviados aparte de la historia clínica, con el rótulo “confidencial” para su custodia separada, según lo tenga establecido la Institución.

La Ley 18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva dispone en su Artículo 7º: “Incorpórase al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo:

ARTÍCULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes

En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible”.

En observancia de lo anterior cabe destacar, que si bien es deseable que la usuaria adolescente esté acompañada durante el proceso de atención por IVE, no es condición necesaria para asistirle. Ante la ausencia de referentes adultos que la acompañen y apoyen el equipo de salud debe examinar esta situación con la usuaria, preguntar si los referentes adultos saben que está embarazada y cuál es la calidad del vínculo con la adolescente e informarla sobre la importancia de estar acompañada en estas instancias y durante el procedimiento.

Si la adolescente aún no ha comunicado en su entorno que está embarazada y/o que está considerando la IVE es necesario indagar por qué no lo ha hecho, indagando si ¿Los adultos en su entorno, son de su confianza?, ¿Tiene miedo de contarles sobre el embarazo?, ¿Se siente presionada para abortar o continuar con el embarazo?, ¿Existe violencia en el vínculo, en cualquiera de sus expresiones?, ¿Con qué otros apoyos cuenta: amigos, pareja, etc.?

Es fundamental habilitar la comunicación, contener a la usuaria y garantizar su confidencialidad y privacidad, para que pueda expresar estos y otros temas de la esfera íntima. Ello permitirá desarrollar estrategias de negociación y empoderamiento, para que la usuaria pueda y acceda a comunicar a sus referentes la situación que está viviendo. Si la adolescente es capaz de consentir, no es ético comunicar información confidencial a los padres, tutores u otros referentes sin su autorización

¿Cómo proceder si la adolescente que solicita la IVE no cumple los requisitos previstos en la Ley de IVE?

Si la usuaria cursa un embarazo no deseado, solicita la IVE y no cumple los requisitos contenidos en la Ley, a modo de ejemplo: supera las 12 semanas de gestación, es producto de violación y no ha realizado la denuncia judicial requerida, el equipo de salud deberá asesorar según lo dispuesto en la Ley 18.426, Ordenanza 369/04, que se utilizaba previo a la Ley de IVE, brindando asesoramiento integral y contención con el objetivo de disminuir los riesgos y los daños del aborto inseguro. Siempre y en todos los casos deberá respetarse la decisión autónoma de la mujer adolescente.

VIOLENCIAS

La OMS define violencia¹²⁵ como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, que cause o tenga mucha probabilidad de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Asimismo, define el abuso sexual infantil (en personas menores de 18 años) como “involucrar a un niño/a en actividades que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades que transgreden las leyes o restricciones sociales. Se manifiesta en actividades entre un niño y un adulto, o entre un niño y otra persona que, por su edad o por su desarrollo, en encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades-cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona- abarcan pero no se limitan a la inducción a que un niño se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas”.

En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud, declaró la violencia un problema de salud pública en todo el mundo (WHA 49.25). En mayo de 2014, la sexagésima séptima Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA67.15, por el fortalecimiento de la función del sistema de salud, para hacer frente a la violencia.

La violencia en sus múltiples expresiones constituye un grave problema social, de salud pública, de seguridad pública y derechos humanos. “La violencia contribuye a que la mala salud se prolongue durante toda la vida y a una muerte prematura. Muchas de las principales causas de muerte, como las enfermedades coronarias, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y el VIH/sida, entre otras están estrechamente vinculadas con experiencias de violencia (...). Asimismo, la violencia impone una pesada carga en los sistemas de salud y de justicia penal, los servicios de previsión y asistencia social y el tejido económico de las comunidades”¹²⁶. Asimismo, la violencia que se produce dentro de la familia o en ámbitos públicos, se trata de una problemática que se inscribe en una estructura social y siempre que se genere una situación de abuso de poder que genere daño a otra persona, estamos ante una violación de los derechos. La violencia se inscribe en una cultura patriarcal y adultocéntrica, legitimada por contextos de dominación, discriminación, desigualdad e inequidad.

125 | Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS. 2002.

126 | Informe Sobre la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia. OMS. 2014.

Según los datos de la EMSE¹²⁷, la incidencia de lesiones físicas es mayor en los varones, mientras que en las mujeres lo son las agresiones sexuales. Asimismo, el análisis según la ascendencia, las agresiones son más frecuentes en aquellos adolescentes que han declarado tener como primer ascendencia la afrodescendiente.

Si bien la violencia se da en distintos escenarios que interactúan, en este caso se abordará la violencia interpersonal que involucra a adolescentes y jóvenes ya que la violencia auto infligida (comportamientos suicidas y autolesiones), es abordada en el capítulo de salud mental de esta guía.

LA VIOLENCIA CONTRA MUJERES, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES TIENEN ASPECTOS EN COMÚN¹²⁸:

- Que los agresores suelen tener una relación íntima con las víctimas.
- La aceptación social o naturalización del fenómeno.
- Barreras a la búsqueda de ayuda.
- Invisibilidad del problema.
- Consecuencias intergeneracionales.

ESCENARIOS Y TIPOS DE VIOLENCIA ¹²⁹

- Escenarios en los que es posible que adolescentes vivan situaciones de violencia:
 - Intrafamiliar: en su familia, en tanto rol de hijos o en la pareja (violencia en el noviazgo).
 - Institucional: en la educación, salud, internados, otras. En las instituciones educativas, puede ser violencia entre pares (Bullying).
 - Social: en los espacios públicos, de recreación, esparcimiento, entre otros.
 - Tecnología de la información y la comunicación (TICs): el uso inseguro de las mismas puede llevar a formas de violencia como acoso, extorsión, explotación sexual, amenaza, humillación y darse en todos los escenarios mencionados.

LA VIOLENCIA PODRÁ SER DE TIPO:

- Física.
- Psicológica.
- Sexual: abuso, violación, explotación comercial y no comercial.
- Patrimonial.
- Abandono y negligencia: privaciones, desatención.

127 | Adolescencias: un mundo de preguntas. II Encuesta mundial de salud estudiantil, GSHS Uruguay 2012. <http://www.msp.gub.uy/publicacion/C3%B3n/encuestas>

128 | "Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres". Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Diciembre 2014.

129 | Atención a las violencias en adolescencia. Solari, M., Bentancour, G. en Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel. MSP, 2012.

SUGERENCIAS PARA EL ABORDAJE

Dada la complejidad y multicausalidad de la problemática, el Ministerio de Salud Pública en concordancia con las recomendaciones de otras instituciones¹³⁰, plantea valerse del modelo ecológico desarrollado por Urie Bronfenbrenner como modelo explicativo del fenómeno desde el cual diseñar las acciones.

Este modelo plantea los siguientes niveles:

Nivel individual: factores individuales biológicos, psicológicos, culturales, historia de vida.

Microsistema: relaciones sociales cercanas e interpersonales por ej. familia, redes primarias, amistades, pareja, escuela.

Mesosistema: interrelaciones de dos o más entornos de la persona (microsistemas y sus interrelaciones).

Exosistema: uno o más entornos que afectan lo que ocurre en el entorno de la persona, por ej. normas, leyes, políticas públicas.

Macrosistema: contextos y condiciones socioeconómicas de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, incluye sistemas de valores y creencias, formas de funcionamiento de grupos de pertenencia y referencia, procesos de socialización.

Ninguno de los niveles por sí solo es suficiente para explicar el fenómeno de la violencia o una situación particular. Es necesario abordarlos en su conjunto, desde la mirada compleja e integral que el fenómeno requiere. Los diferentes niveles están en interacción y aluden a los diversos factores que inciden en la generación de situaciones de violencia en sus diferentes expresiones.

La acción a favor de la no violencia así como la promoción de la consulta a tiempo, puede ser el inicio del proceso de mejora de la calidad de vida en la adolescencia. Entre otras acciones, la formación permanente de quienes trabajan con esta franja etaria es imprescindible, “la capacitación favorece la visualización y reflexión acerca del tema, mejora los resultados, apoya al profesional de la Salud y favorece la aplicación de criterios de confidencialidad y seguridad”.¹³¹

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- Desarrollar **actividades de capacitación dirigidas a los equipos de salud**. Son responsabilidad institucional y su organización es una de las funciones del equipo de referencia en violencia doméstica de cada prestador.¹³²
- Brindar información y **asesoramiento sobre la temática, en el marco de la consulta**.
- Contar con folletería adecuada.

130 | Informe mundial sobre la violencia y la salud 2002, OMS.

131 | Pautas para el abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos para el primer nivel de atención. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género - DIGESA - MSP - 2006.

132 | Pautas para el abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos para el primer nivel de atención. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género - DIGESA - MSP - 2006.

- Desarrollar **estrategias de comunicación y educación dentro del servicio de salud y en comunidad** en articulación con otros servicios e instituciones.
- Implementar **actividades para fortalecer el rol de adolescentes como agentes de cambio** en su propia familia y con sus grupos de pares.
- Promover la **participación de adolescentes en espacios de la comunidad** y de las instituciones, y en la toma de decisiones de asuntos sociales, familiares y personales que les competen.
- Generar espacios de **promoción de salud, tanto de carácter puntual como permanente, vinculados a otros temas que forman parte de la prevención de la violencia** (sexualidad, autoestima, autocuidado y mutuo cuidado, noviazgo, pautas de crianza, género, entre otros).
- Desarrollar **acciones de promoción de salud y prevención de la violencia dirigidas a adultos referentes de adolescentes.**

ACTIVIDADES DE DETECCIÓN Y ATENCIÓN

Es recomendable realizar la atención a solas con el adolescente, de modo de asegurar un ambiente de privacidad, confidencialidad, respeto y confianza que posibilite su expresión.

- Si bien muchas veces los adolescentes en situación de violencia están buscando la oportunidad para hablar del tema, **es necesario que el profesional de la salud sea quien tome la iniciativa e introduzca las preguntas necesarias para habilitar el diálogo.** Un momento oportuno, es en la propia consulta de control o seguimiento en salud: al abordar temáticas vinculadas a su familia, sus vínculos, su sexualidad y su participación en instituciones, indagar sobre posibles situaciones de violencia que el adolescente pueda estar sufriendo, perpetrando o ambas.
- Algunas **señales de comportamiento vinculadas a violencia de género y generaciones:** limitaciones o control excesivo en las salidas, control en el uso de ropa, control en el gasto del dinero, control sobre los vínculos, control u otras manifestaciones de violencia a través de teléfono y redes sociales, dificultades en la toma de decisiones, poca o nula participación en decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, embarazo no deseado, abortos reiterados, ITS, desconfianza, tristeza, aislamiento, fugas del hogar, consumo problemático de sustancias, otras adicciones.
- **Las estrategias para preguntar pueden ser de diferentes tipos, desde una aproximación directa a otras indirectas. Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:**
 - ⊗ Encontrar el momento adecuado para realizar las preguntas.
 - ⊗ Tener presente que la disposición, actitud y lenguaje corporal del profesional son aspectos fundamentales para posibilitar u obtener la expresión del adolescente.
 - ⊗ Tener una estrategia de preguntas y la seguridad de que la forma de preguntar y las interrogantes son comprensibles por los adolescentes. Sentirse cómodo con la estrategia de preguntas.
 - ⊗ Es posible que las personas en situación de violencia no identifiquen ciertas situaciones como violentas por lo cual desde el profesional se debe explicar que sí lo son contribuyendo a desnaturalizarlas.

⊗ Es frecuente que adolescentes que sufren, perpetran, ejercen o son testigos de violencia aunque comprendan las preguntas, no puedan admitir la situación, debido a la propia condición de secreto que la misma implica, a la vergüenza de admitir que se está en dicha situación, al miedo de lo que sucederá si se da a conocer, sentimientos de ambivalencia, culpa, entre otras posibilidades. Por esto, siempre es importante reiterar las preguntas en diferentes consultas, sobre todo a medida que el vínculo entre el profesional y el adolescente se consolida.

- La atención a las **situaciones de violencia intrafamiliar vividas por las adolescentes mayores de 15 años**, se implementarán según las directrices del MSP¹³³.
- Las situaciones de maltrato y abuso sexual, deberán ser atendidas siguiendo los lineamientos del Mapa de ruta para la prevención y la atención MSP 2009¹³⁴ y el protocolo elaborado por el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género y el Programa Prioritario ITS SIDA, DIGESA – MSP 2015.
- Cualquier técnico que detecte una situación de violencia de alto riesgo y/o daño, deberá articular y trabajar conjuntamente con el **equipo de referencia en violencia doméstica de la institución** según lo indican los decretos reglamentarios de la ley de lucha contra la violencia doméstica¹³⁵, incluso las que no refieran a violencia intrafamiliar. La articulación será realizada en función de la modalidad de trabajo institucional y de las características del equipo de referencia. El objetivo es **promover la coordinación y el trabajo conjunto de dos equipos con fortalezas y experiencia en la temática -adolescencia y violencia-, evitando el desarrollo de estrategias en paralelo y desarticuladas.**

Si existe riesgo de vida o indicios claros de alto riesgo, es importante solicitar asesoramiento a SIPIAV(Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia) y en caso de que el adolescente no cuente con redes personales protectoras o se necesite apoyo interinstitucional, recurrir a INAU¹³⁶ para valorar la necesidad de protección.

133 | Pautas para el abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos para el Primer Nivel de Atención. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. DIGESA.MSP 2006

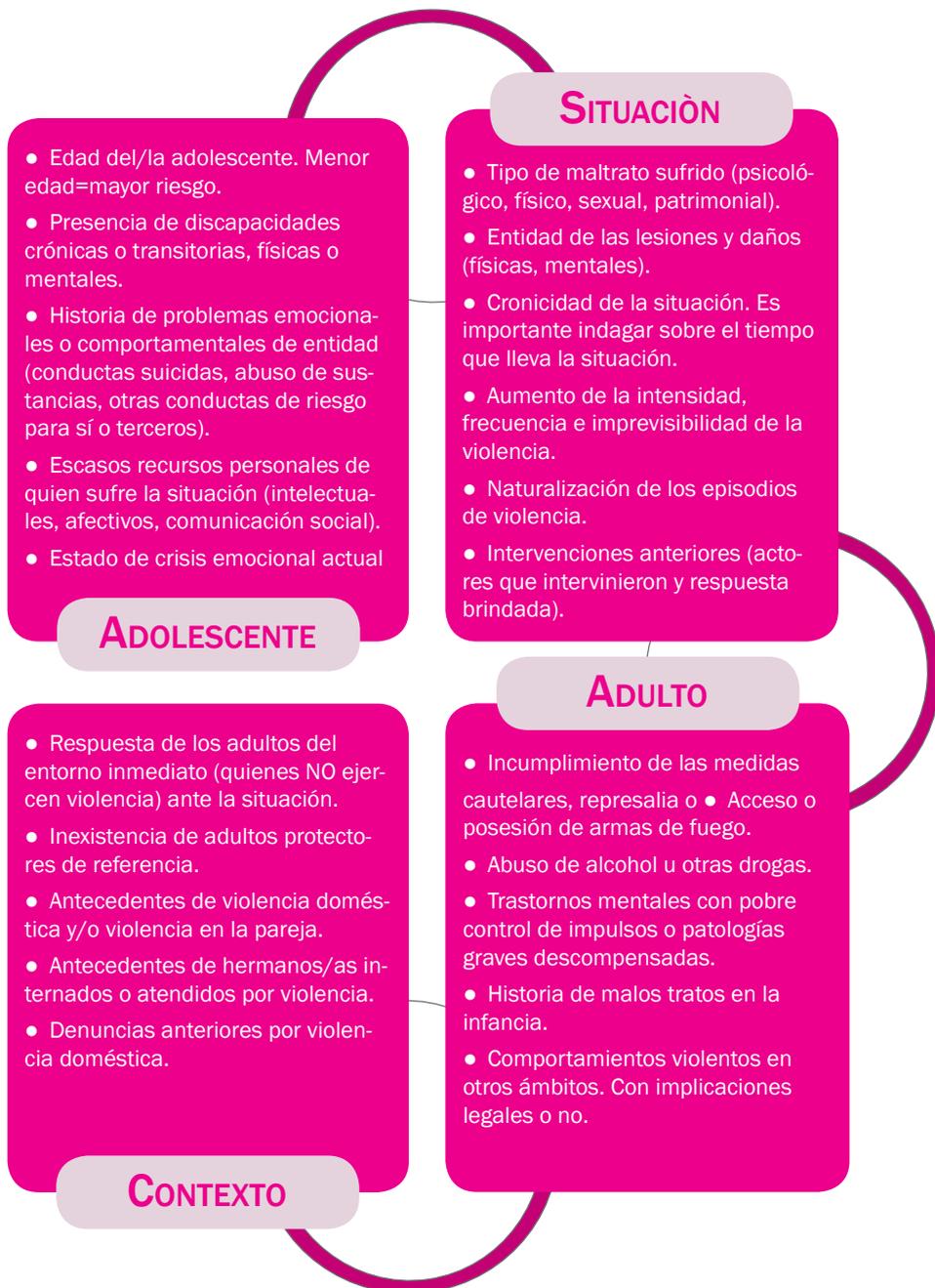
134 | El MSP prevé la actualización de este protocolo para el período 2017-2018

135 | Ver capítulo Marco Normativo

136 | Línea Azul 08005050

VALORACIÓN DEL RIESGO

Se toman las recomendaciones de SIPAV¹³⁷ para la valoración del riesgo de la situación de violencia. El siguiente cuadro ha sido adaptado para esta guía.



137 | Sistema de Protección contra la violencia hacia niños, niñas y adolescentes, 2016.

Recomendaciones para la intervención¹³⁸

1. Ante la sospecha: Desarrollar una estrategia de preguntas e identificar indicadores

Posibles preguntas a realizar para favorecer la detección		
Violencia Intrafamiliar	Violencia Institucional	Violencia Social
<p>¿Cómo son las relaciones con tu familia, entre tus familiares? ¿o con tu pareja? ¿Está todo bien en tu casa? ¿Hay problemas de relacionamiento en tu familia? ¿Te sentís cómodo viviendo en tu casa? ¿Hay algo o alguna situación que te incomode o angustie en tu casa o con tu pareja? ¿Hay algún problema que te puede estar afectando a vos? ¿Cuándo discuten en tu casa o con tu pareja sientes miedo? ¿Alguna vez te pegaron, insultaron, humillaron o lo hiciste tú a alguien de tu familia?, ¿fuieste testigo de estos hechos?</p> <p>Al momento de hablar de sexualidad: ¿cómo y quién toma las decisiones sobre el MAC a utilizar o el uso del condón? ¿y sobre las prácticas sexuales, o la forma en que tienen las relaciones sexuales, lo que tienen ganas de hacer y lo que no? ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales obligado, o sin tener ganas?, ¿alguna vez te ofrecieron algo a cambio de tener relaciones sexuales?</p> <p>¿Pudiste decirlo? ¿Alguna vez obligaste a alguien a tener relaciones sexuales con vos?</p> <p>Si se detecta algún tipo de lesión o laceración genital o anal, se debe preguntar cómo se produjeron, si fue manteniendo relaciones sexuales.</p>	<p>¿Cómo te llevas con tus compañeros de liceo (u otras instituciones de referencia, pertenencia o socialización)? ¿Tenés un grupo de amigos? ¿Cómo te llevas con los adultos?</p> <p>¿Hay algo que te haga sentir mal o incómodo o que te preocupa en esa Institución?</p> <p>¿Alguna vez te sentiste discriminado?, ¿Por qué causa te discriminaron?</p> <p>¿Alguna vez sentiste miedo o angustia de tener que ir a ese lugar?</p> <p>¿Alguna vez te pegaron, insultaron, humillaron, amenazaron ya sea en persona o a través del facebook, chat, mail?</p> <p>¿Alguna vez tú lo hiciste aunque sea en broma?, ¿fuieste testigo de alguna de estas situaciones?</p>	<p>¿A qué lugares vas o salís? ¿Qué haces con tus amigos cuando salen? ¿Alguna vez estuviste en alguna situación de violencia en esos lugares? ¿Qué hacés cuando se generan este tipo de situaciones? ¿Cómo reaccionas? ¿Te da miedo ir a algún lugar en especial o de estar con alguna persona en particular?</p> <p>¿Alguna vez te sentiste discriminado?, ¿Quiénes y por qué causa te discriminaron?</p>

138 | "Capacitación de funcionarios públicos en atención en violencia doméstica para que actúen como agentes multiplicadores", Sandra Romano (comp), versión electrónica. Fuente: PLEMUU – Programa de Seguridad Ciudadana: Articulación de estrategias desde el derecho de familia y los servicios de salud

Indicadores físicos y de comportamiento: pueden ser las primeras señales de una posible situación de violencia, deben tomarse en conjunto, en forma contextualizada, pueden alertar para el desarrollo de una estrategia de detección o evaluación a corto, mediano o largo plazo.

Indicadores generales:	Indicadores físicos:	Indicadores de abuso sexual y/o explotación sexual:	Actitudes de las familias:
<p>Baja autoestima Somatización Comportamientos violentos Exagerada necesidad de ganar o sobresalir. Depresión, tristeza. Aislamiento. IAE Manifestaciones emocionales extremas. Dificultades de concentración. Descenso en el aprendizaje. Cambios significativos en el rendimiento escolar (fracasos repetidos o actuación muy destacada repentina), abandono. Enuresis/ encopresis. Observar una actitud hostil, violenta o de miedo respecto al referente adulto o pareja en la propia consulta. Consumo problemático de drogas o alcohol Comportamientos extremos: Excesiva o poca actividad Asume responsabilidades de un adulto Comportamientos infantiles (inadecuados a la edad) o depresivos Continuas ausencias a consultas de salud.</p>	<p>Hematomas Fracturas Lesiones Falta de cabello Quemaduras Presencia de lesiones antiguas y no explicadas. Afecciones de la piel Obesidad Patrón de crecimiento deficiente Vestimenta inadecuada al clima Problemas físicos o necesidades no atendidas Fatiga constante y poca atención Acuria. ITS. Sangrados, laceraciones o lesiones en la zona genital o anal. Infecciones recurrentes en el tracto urinario.</p>	<p>ITS Sangrados, laceraciones o lesiones en la zona genital o anal. Infecciones recurrentes en el tracto urinario. Embarazo. Abortos. Comportamiento sexual inadecuado para su edad, en su relación con otros o en sus juegos. Conversación de temas sexuales en términos poco adecuados para su edad. Comportamiento muy seductor u obsesivo en relación a la sexualidad, en conversaciones, dibujos, TV, bromas, etc. Masturbación compulsiva Sentimiento de suciedad y necesidad de ducharse varias veces al día. Cambio repentino de conducta Baja de rendimiento escolar Evade o teme a alguien o algún lugar en particular, o quiere pasar demasiado tiempo con determinada persona. Resistencia a regresar a la casa. Temores nocturnos, pesadillas. Fugas del hogar. Manejo de dinero, ropa u objetos inconsistentes con la economía familiar.</p>	<p>Ocultas lesiones o las justifica en forma no convincente. Describen al adolescente como malo, desobediente. Defiende la disciplina severa y el castigo como pauta de crianza. Antecedentes de malos tratos y/o abuso. Consumo problemático de alcohol o drogas. Actitud muy posesiva con el adolescente. Acusa al adolescente de seducción sexual. Cree que el contacto sexual es una forma de amor familiar. Minimiza los planteos del adolescente. Alegan otro agresor para proteger al miembro de la familia Aterroriza, ignora, aísla, exige en demasía. Apática y pasiva. No parece preocuparse por la situación del adolescente.</p>

2. Ante la revelación:

Indagar en forma oportuna y pertinente, teniendo presente la dimensión actitudinal. Evaluar el riesgo y el daño y actuar en consecuencia.

Tener siempre presente que existe:

- El secreto
- La seducción
- La amenaza
- La coacción
- El aislamiento

Es importante tener en cuenta:

- Cómo llega la situación (Institución de la red, técnicos de la salud, personas activistas, otros).
- Quién sostiene esta etapa en la Institución de salud.
Trabajar el modelo de atención de estas situaciones en el sector salud evitando prácticas iatrogénicas.
- Si bien los profesionales del primer nivel de atención tienen un rol fundamental, no debe olvidarse que el primer contacto con la situación puede darse en el servicio de emergencia o a nivel hospitalario, siendo fundamental que todos los profesionales estén capacitados en esta temática y que los equipos de referentes puedan asesorar y apoyar al resto de los profesionales en el abordaje.
- Las áreas programáticas trabajarán en protocolizar la atención de estas situaciones incorporando los servicios puerta de entrada, equipos técnicos, directores técnicos.
- Todo ello debe documentarse en la Historia Clínica y Protocolo.

Coordinación:

La articulación de acciones se realizará de acuerdo con la evaluación de riesgos, basada en el diagnóstico de situación realizado por el equipo conformado a tal fin.

A tales efectos los servicios podrán:

- Desarrollar mapas de ruta en función de sus características y comunidad de referencia.
- Contar con un registro actualizado de recursos para coordinar la atención específica. En algunas instituciones la organización y actualización de este registro puede estar a cargo del equipo de referencia en VD.
- Establecer mecanismos de coordinación, referencia y contrarreferencia que aseguren el seguimiento de la evolución de las situaciones detectadas.

Los recursos a considerar pueden ser:

- Otros especialistas de ser necesarios (ginecología, salud mental, etc.)
- Sistema jurídico- legal¹³⁹
- Recursos específicos y no específicos, comunitarios y de otros sectores
- Internación preventiva de ser necesario
- En las situaciones de riesgo la acción de los profesionales de la salud en la evaluación, contención, orientación y diseño de un plan de seguridad, es crucial

Pautas para la intervención

- Aspectos actitudinales:
- Mantener la calma frente al relato.
- Continuar con la mirada y el tono de voz.
- Evitar juicios de valor.
- No orientar las respuestas, ni realizar preguntas culpabilizantes: ejemplo ¿vos qué hiciste?.
- No inferir conclusiones.
- Habilitar que se exprese.
- Reforzar lo bueno que es que lo haya contado.
- Decirle que le creemos.
- Responder a sus inquietudes.
- Manifestarle que no tiene ninguna culpa.
- Tratar de disminuir miedos.
- No victimizar.
- Agradecerle por su confianza en nosotros.
- Plantearle de que deberán pensar en alguien de su familia o entorno para hablarlo.
- Aclararle de que buscaremos otras personas que puedan apoyarlo en esta situación.
- Apoyarle en la identificación de recursos personales.
- Explicarle que la información debemos transmitir a otros, y él lo definirá con nosotros. Manejar la información con prudencia y confidencialidad.
- No crear falsas expectativas.
- Prepararlo en relación al proceso posterior.
- Propiciar espacios para continuar con el proceso.
- Si es inevitable que sea internado, explicitar que es por protección y no por castigo.

139 | “La legislación vigente en Uruguay habilita a que toda persona que tome conocimiento de una situación de VD pueda denunciar. Esta no es la práctica recomendada, pero sí estaría indicado en aquellas situaciones en que hay riesgo grave y la persona que está en riesgo no puede asumir su protección personal. De ser necesaria la denuncia desde el sector salud, la experiencia demostró mejor resultado cuando se establecen mecanismos de denuncia desde la institución. A modo de ejemplo: si un médico considera que se necesita hacer la denuncia, informa a las autoridades institucionales y desde la dirección o desde el departamento jurídico se realiza la gestión acompañada con un informe del técnico que atendió el caso. Según el Código de la Niñez y la Adolescencia de nuestro país, Ley N° 17.823 en relación a situaciones de violencia menciona: ARTÍCULO 130°. (Definición).- A los efectos de este título entiéndase por maltrato y abuso del niño o adolescente las siguientes situaciones, no necesariamente taxativas: maltrato físico, maltrato psíquico-emocional, prostitución infantil, pornografía, abuso sexual y abuso psíquico o físico. ARTÍCULO 131°. (La denuncia).- Ante denuncia escrita o verbal por la realización de cualquiera de las conductas mencionadas en el artículo anterior, la autoridad receptora deberá comunicar el hecho de forma fehaciente e inmediata al Juzgado competente. En todo caso el principio orientador será prevenir la victimización secundaria.

EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL Y NO COMERCIAL (ESC)

“La explotación sexual comercial infantil es una violación fundamental de los derechos, abarca el abuso sexual por parte de un adulto y remuneración en dinero o en especies para el niño, niña o adolescente o para una tercera persona o personas. El niño, niña o adolescente son tratados como objeto sexual y como mercancía”.¹⁴⁰

El marco normativo que penaliza estos delitos es diverso. A nivel nacional, nuestro país ha ratificado convenios y protocolos internacionales que incluyen la temática que se han reflejado en la legislación nacional. En 2004 se aprueba la Ley 17.815, en la cual se describen las diversas modalidades del delito y el Decreto 385/2004 por la cual se crea el Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual, Comercial y no Comercial de la Niñez y Adolescencia.

El protocolo facultativo de la Convención Internacional de Derechos del Niño relativo al tema define la explotación sexual en los siguientes casos:

- La venta de niños, como todo acto o transacción en virtud del cual un niño, niña o adolescente es transferido por una persona o grupo de personas a otra a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución.
- La prostitución infantil como la utilización de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución.
- La pornografía infantil como toda representación, por cualquier medio, de un niño dedicado a actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o toda representación de las partes genitales de un niño, niña o adolescente con fines primordialmente sexuales.

Dada la dificultad existente para visualizar el problema, y aunque en la actualidad se trabaja interinstitucionalmente para unificar los registros, los datos están aún fragmentados. Por tanto, en el marco del Plan Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes del Uruguay de CONA-PEES- INAU (2010-2015) se han realizado algunas investigaciones que arrojan datos a nivel nacional y en el área metropolitana.¹⁴¹

Los datos arrojados por la investigación realizada por Gurises Unidos y la UdelaR “Explotación sexual comercial hacia niños, niñas y adolescentes en Uruguay. Dimensión, características y propuestas de intervención” arrojan un total de 650 situaciones detectadas a nivel nacional con 349 casos en el Interior del país y 301 casos en Montevideo y Área Metropolitana al momento del relevamiento.

140 | I Congreso Mundial contra la explotación sexual comercial infantil. Estocolmo, Suecia. 1995

141 | “Explotación sexual comercial hacia niños, niñas y adolescentes en Uruguay”. Dimensión, características y propuestas de intervención. Gurises Unidos-UDELAR. Fundación Telefónica. Montevideo, 2015. Investigación sobre las percepciones de la explotación sexual comercial en Montevideo Oeste. “Un secreto a voces”. INAU. Montevideo, 2014

El análisis realizado muestra que:

- Las situaciones en sus distintas modalidades están presentes en todo el país.
- Las principales víctimas son las niñas y adolescentes mujeres.
- La mayor cantidad de situaciones identificadas corresponde a adolescentes de entre 13 y 15 años.
- La mayoría de las situaciones se originan en el entorno próximo de los niños, niñas y adolescentes (presencia de familiares con experiencias de trabajo sexual y/o explotación, trabajo infantil, situación de calle).
- Las situaciones están íntimamente relacionadas con experiencias de abuso sexual.

En cuanto a los **indicadores para la detección** de situaciones de explotación sexual, muchos son comunes a las situaciones de violencia y/o de abuso sexual, los que se presentan en el cuadro de indicadores físicos y de comportamiento en el apartado de violencias, sin embargo algunos **factores de orden personal, familiar, socioeconómicos y comunitarios que posicionan a adolescentes en un lugar de mayor vulnerabilidad frente a los explotadores sexuales se pueden identificar**¹⁴² :

- Experiencias tempranas y prolongadas de abuso sexual infantil.
- Contextos de violencia doméstica.
- Antecedentes familiares de explotación sexual comercial. Madres, tías, abuelas y otras mujeres de la familia con historias transgeneracionales de explotación sexual comercial en la infancia adolescencia y posteriormente incluidas en el mercado de trabajo sexual.
- Situaciones de pobreza, pobreza extrema e indigencia.
- Exclusión social.
- Falta de oportunidades educativas y laborales, imposibilidad de acceso a bienes de consumo.
- Fracaso escolar y/o expulsión del sistema educativo.
- Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales o familiares.
- Expulsión del hogar.
- Niños, niñas y adolescentes en situación de calle.
- Trabajo infantil.
- Exclusión social, rechazo, estigmatización.
- Discriminación por orientación sexual e identidad de género, la discriminación y las múltiples violencias sufridas en diversos ámbitos profundizan la vulnerabilidad y aumentan exponencialmente las posibilidades de ser captados e involucrados en circuitos de explotación sexual comercial.

142 | Modelo de atención de INAU, para situaciones de explotación sexual comercial infantil y trata de niñas, niños y adolescentes con fines de explotación sexual comercial. INAU, UNICEF, AUCI, OIM, Naciones Unidas en Uruguay. Uruguay, 2014

- Abuso sexual intrafamiliar y explotación sexual comercial. Es un factor de vulnerabilidad muy importante asociado a la producción y reproducción del problema. La figura del explotador se desdibuja para estos jóvenes, en general se establecen vínculos afectivos, de tipo noviazgo, donde en la mayoría de los casos hay maltrato físico y emocional.

El indicador más evidente es la palabra del adolescente cuando revela su propia victimización, por lo cual creerle es un principio ético y diagnóstico fundamental.

Ante la sospecha de una situación de explotación sexual se deberán evaluar los siguientes aspectos:

- Daño físico o emocional, el curso de un embarazo, o el antecedente de IAE.
- La modalidad de explotación, la existencia de redes, proxenetas, adultos involucrados en el control de los adolescentes, la existencia de amenazas, posible atrapamiento en red de trata, privación de libertad, controles, restricciones.

Para un abordaje integral de la situación se deberá garantizar la protección de los adolescentes en situación de Explotación Sexual así como garantizar procesos de tratamiento que apunten a la recuperación de los daños y secuelas producidas. Las primeras respuestas podrán ser inmediatas o prolongarse en el tiempo debido a las características de cada situación.

- Iniciar un trabajo en red, analizando alternativas de protección a corto, mediano y largo plazo y medidas de urgencia: contactar referente institucional de violencia, INAU¹⁴³ y/o SIPIAV.
- Brindar atención médica y psicosocial.
- Promover empoderamiento y participación activa del adolescente en toda intervención.
- Valorar la oportunidad de la denuncia judicial, salvo en casos de riesgo de vida.
- Abordaje familiar o con referentes afectivo.

Atención médica: Evaluar el estado de salud general. Valorar la presencia de embarazo, ITS, lesiones, ideas de muerte, IAE, tratamiento psiquiátrico, consumo de sustancias. Realizar tratamiento adecuado y derivación oportuna de ser necesario.

Atención psicosocial: Contención, estabilización emocional y valoración del daño. Posible derivación a servicio de salud mental. Evaluar pertinencia para el contacto telefónico u directo con familiares o referentes afectivos.

Abordaje familiar: Siempre que los adolescentes estén de acuerdo y siempre que se considere que no aumentará el riesgo o los niveles de daño y frustración, valorar las capacidades protectoras de la familia u otros adultos de referencia. Evaluar fac-

143 | Programa de atención a situaciones de trata y/o explotación sexual comercial de INAU. Denuncias: Línea azul 0800-5050. Asesoramiento: Proyecto Travesía ptravesia@gmail.com

tores de vulnerabilidad que contribuyan a los procesos de explotación de sus hijos, determinar necesidades materiales, existencia de redes ampliadas de familiares que puedan apoyar a la familia en este proceso.

Derivación o ingreso a un centro de segundo o tercer nivel de atención de salud¹⁴⁴:

1. Las lesiones que presenta el adolescente determinan la necesidad de tratamiento a nivel hospitalario.
2. Requiere la realización de exámenes complementarios de para evaluar la extensión de las lesiones.
3. Cuando el agresor convive con el adolescente.
4. Cuando la familia y su entorno no ofrecen contención y protección.
5. Cuando la complejidad de la situación requiere una evaluación más profunda.

Para tener en cuenta en las **acciones de prevención**, algunas formas que utilizan los explotadores para captar adolescentes son:

- A través de la familia.
- Haciéndose pasar por novios/as, padrinos, amigos.
- Ofrecen dinero, regalos u otros bienes para pedir alguna práctica sexual a cambio en el futuro.
- A través de las redes sociales con diversas maneras de engaño y seducción.

144 | Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. MSP. ASSE. UNICEF. SIPAV. Uruguay, 2009.

PAUTA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA A LAS SITUACIONES DE AGRESIÓN SEXUAL

En el año 2016 se aprobó y publicó la pauta de atención en Emergencia a las situaciones de agresión sexual, oral, anal y/o vaginal con o sin penetración de niños, niñas y adolescentes que se muestra a continuación.

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Hasta 19 años inclusive- Hasta 72 horas

Los equipos de salud deben aplicar el Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. MSP 2009.

En todos los casos, niñas, niños y adolescentes deben ser atendidos/as con integridad, comprensión, privacidad y confidencialidad. Se debe coordinar consulta con Salud Mental y /o con Equipo de Referencia en Violencia

MUESTRAS			
Test	1 ^{er} consulta	4 ^a -6 ^a semana	3 ^{er} mes
VIH	✓	✓	✓
VHB*	✓		✓
VHC	✓		✓
Sífilis	✓	✓	
Test** embarazo	✓		

Estar Embarazada no implica cambios al procedimiento. Los diagnósticos, muestras y profilaxis antibiótica y antiretroviral, se realizan de la misma forma expuesta

PREVENCIÓN DE EMBARAZO

Pastillas anticonceptivas de Emergencia en adolescentes desarrollo sexual Tanner ≥ 3.

Levonogestrel viene en dos presentaciones:

- blister con 2 píldoras de 750 mcg cada una
- blister con una píldora de 1500mcg

De preferencia debe ser usada la segunda formulación por ser más cómoda y porque elimina el riesgo de no tomar la segunda dosis o tomarla después de 12 horas de la primera. La eficacia es mayor cuanto más precoz es la toma luego de la relación sexual no protegida. Su uso es posible hasta las 72 hs post violación, pero su eficacia se reduce al aumentar el intervalo. Debido a la brevedad de uso **no existen condiciones médicas que contraindiquen su administración**. Pueden ser utilizadas aún por mujeres con contraindicación para anticonceptivos orales de uso continuo.

Verificar esquema de vacunación vigente:

Hepatitis B: Si no está vacunado/a con 3 dosis, comenzar esquema inmediatamente. Si el esquema es incompleto, completarlo a la brevedad

HPV: SI NO LA RECIBIÓ administrar a partir de los 9 años

TRATAMIENTO

< 45 Kg	≥ 45 Kg
Ceftriaxona 125 mg i/m. 1 dosis	Ceftriaxona 1 g i/m. 1 dosis
+	+
① Azitromicina 20 mg/Kg (máx. 1g) v/o. 1 dosis	Azitromicina 1g v/o. 1 dosis
+	+
Metronidazol 15 mg/Kg/día v/o en 3 dosis (máx. 2g) Durante 7 días	Metronidazol 2 g v/o. 1 dosis
+	+
② Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir c/12hs (*ver dosis) Durante 1 mes	Zidovudina + Lamivudina 1 c/12hs + Lopinavir/Ritonavir 2 c/12hs Durante 1 mes

CONSIDERACIONES

① Cobertura de: sífilis, chlamydia, gonococo, vaginosis, gardnerella, tricomonas.

Lo ideal es antes de las 2 horas y no tiene indicación después de las 72 horas. SI la Prueba de VIH es reactiva: Continuar plan de tratamiento y realizar protocolo de confirmación.

②

* DOSIS:

Zidovudina: 4 < 9 kg; 12 mg/kg cada 12 hs; 9 < 30 kg: 9 mg/kg cada 12 hs; ≥ 30 kg: 300 mg cada 12 hs

Lamivudina: 4 mg/ kg (máximo 150 mg) cada 12 hs.

Lopinavir/Ritonavir: <15 kg: 13 mg por kg cada 12 hs; ≥15 - 45 kg: 11 mg por Kg cada 12 hs (Dosis máxima 400 mg cada 12 hs)

PROGRAMA INTEGRAL DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Acoso escolar/Bullying

Si bien, como hemos descrito, existen múltiples tipos de violencias, muchos de los cuales hemos tratado en la guía anterior, en esta actualización nos proponemos incorporar el tema acoso escolar/ bullying, dado su frecuencia en aumento y su presentación especial en esta franja etaria.

El bullying es un tipo de violencia propio del ámbito educativo y se presenta exclusivamente entre pares. Es importante diferenciar un hecho puntual de violencia escolar de una situación de bullying. Se deben presentar una serie de características para afirmar que una persona está atravesando una situación de bullying. Díaz -Aguado enumera a éstas del siguiente modo ¹⁴⁵:

- a. Conductas con intencionalidad de causar daño sin motivo aparente (agresiones físicas, burlas, amenazas, insultos, intimidaciones, aislamiento sistemático, ruptura de materiales, robos y/o agresiones sexuales).
- b. Se prolongan en el tiempo siendo ataques sistemáticos (a pesar que no hay unanimidad sobre el período de tiempo mínimo).
- c. Supone en la mayoría de las veces un abuso de poder.

Se destaca que no existe solo un modo de vivenciar y padecer bullying, sino que, hay múltiples formas circulando al simultáneo en una misma sociedad. La dimensión subjetiva es importante porque una persona puede haber vivenciado múltiples episodios de violencias y entender que no es víctima de bullying y otra con tan solo un hecho puntual se identifica como víctima de bullying y queda sensiblemente afectada.

El bullying afecta a todos los actores de la comunidad educativa, sus variables y expresiones (desde las más virulentas a las más simbólicas) son violatorias de los DDHH y de principios como la igualdad y la no discriminación. Además, obstruye los procesos de enseñanza – aprendizaje y produce efectos en la esfera de lo bio-psi-co-social de los implicados, especialmente en las víctimas.

Respecto a la franja etaria de mayor prevalencia del fenómeno, no existe unanimidad en la literatura científica, sin embargo:

- Algunos autores la ubican entre los 11 y 14 años. ¹⁴⁶
- Otros autores coinciden en que la franja de mayor riesgo es la comprendida entre los 12 y 15 años.¹⁴⁷
- En Uruguay, la mayoría de casos reportados ocurren entre la finalización de enseñanza primaria y el ciclo básico de enseñanza media.
- No existen diferencias acentuadas por el nivel socio – económico, con frecuencia se presentan casos tanto en el ámbito educativo público como privado.

145 | Díaz-Aguado, M. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema*, 17(4), 549 – 558.

146 | Domínguez, F. (2011). Las manifestaciones del bullying en adolescentes. *Uaricha Revista Psicología (Nueva época)*, 8(17), 19 - 33.

147 | Generelo, J. (Coord.) (2012). *Acoso escolar homofóbico y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGB*. Madrid: FELGTB – COGAM.

GRUPOS DE RIESGO

Adolescentes con sobrepeso y/o obesidad
Adolescentes autoidentificados como LGBTI, percibidos por el ambiente como LGBTI o que alguno de sus padres sea LGBTI
Adolescentes extranjeros

TIPOS DE BULLYING

- **Directo:** La víctima sufre agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales.
- **Indirecto:** La víctima sufre aislamiento social, rumores, chismes, rotura de materiales escolares, rotura de objetos personales, robo de materiales escolares, objetos personales, merienda y/o extorsión a cambio de dinero.

Tipos de Violencias contempladas

Física: Palizas, puñetazos, patadas, empujones, codazos, arañazos y/o jalones de cabello

Psicológica: Insultos, apodos, ridiculizaciones y/o humillaciones

Social: Aislamiento y/o exclusión grupal.

Patrimonial: Rotura y/o robo de materiales escolares o personales, robo de la merienda y/o extorsión a cambio de dinero

Sexual: Realización de gestos obscenos, manoseo a la víctima sin su consentimiento, orinar o defecar a la víctima, demandas de favores sexuales como, por ejemplo: masturbación o sexo oral y/o violación.

Bullying y Género

- Los varones suelen sufrir más el bullying de tipo directo.
- Las mujeres suelen sufrir más el bullying de tipo indirecto.
- Los varones suelen ser acosados mayoritariamente por otros varones.
- Las mujeres suelen ser acosadas mayoritariamente por otras mujeres.
- Las situaciones más graves tienen a varones como protagonistas.
- Por motivos de diversidad sexual, los varones suelen ser acosados con mayor frecuencia y el acoso es realizado por otros varones.

Efectos bio-psico-sociales más frecuentes

- Estrés post- traumático.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Disminución de la autoestima.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos de alimentación.
- Mayor proporción de abuso de tóxicos.
- Merma del rendimiento académico.
- Conductas de riesgo relacionadas al erotismo.
- Afectación de la salud sexual.
- Desvinculación del sistema educativo.
- Presencia de homo/lesbo/transfobia interiorizada (rechazo a sí mismo por razones de orientación o identidad sexual).
- Exclusión social.
- Lesiones autolesivas.
- Intentos de autoeliminación.
- Suicidio.

¿Cómo indagar en algunas áreas?	De lo particular a lo general
¿Cómo te llevas con tus compañeros en tu centro educativo? Preguntar también por otros posibles lugares a los que concurre en grupo, asociaciones deportivas y sociales, iglesias, etc.	
¿Tenés amigos?	
¿Hay algo que te haga sentir mal o incómodo o que te preocupa en esa Institución?	
¿Existe discriminación en tu grupo?	
¿Alguna vez te sentiste discriminado o acosado? ¿Cuándo sucedió eso?	
¿Por qué motivo?	
¿Alguna vez te golpearon? ¿Con qué frecuencia lo hacían?	
¿Alguna vez te han insultado o te han colocado algún apodo que te moleste? ¿Con qué frecuencia lo han hecho?	
¿Alguna vez te rompieron materiales escolares o personales? ¿Con qué frecuencia?	
¿Alguna vez te robaron materiales escolares, personales o la merienda? ¿Con qué frecuencia?	
¿Alguna vez te manosearon sin tu consentimiento, o te solicitaron demandas de tipo sexual?	
¿Tenés pesadillas vinculadas a estos hechos?	
¿Cuántas horas por día dormís frecuentemente?	
¿Alguna vez consumiste algún tipo de droga social? ¿Ese consumo se vio aumentado a partir de la situación que relatas?	
¿Sentís que esto afectó tu rendimiento escolar? ¿De qué modo?	
¿Alguna vez llegaste tarde a clases para evitar cruzarte con tus acosadores o te retiraste antes de que terminase el turno?	
¿En los recreos te quedaste adentro por miedo a ser agredido?	
¿Cambiaste la ruta por dónde te dirigías al centro educativo?	
¿Alguna vez no concurriste a clase por haber recibido amenazas?	
¿Alguna vez pensaste en dejar de concurrir a clases definitivamente?	
¿En alguna ocasión pensaste en morir a causa de las agresiones?	

Algunas particularidades sobre el cyberbullying

El bullying ha incorporado nuevos matices que complejizan la detección e intervención por parte de los profesionales de distintos ámbitos.

El cyberbullying es un fenómeno que surgió en el siglo XXI, a partir del acceso masivo a Internet, la popularización de las redes sociales y el desarrollo progresivo de las TIC (tecnología de la información y comunicación) en todas sus variantes. Cuanto mayor es el nivel de uso de las TIC, mayor es la probabilidad de ser víctima y/o agresor.¹⁴⁸

148 | Uruguay tiene un grado de accesibilidad y conectividad alto, en el segmento entre 12-19 años la penetración de Internet ha alcanzado su tope. Principales Resultados Encuesta Usos de las Tecnologías de la Información y Comunicación. Montevideo: INE y AGESIC. INE. 2013.

En ocasiones, el acoso comienza en la virtualidad y prosigue en los edificios escolares, mientras que, en otros, el acoso no queda reducido al edificio escolar y se continúa perpetuando mediante dispositivos tecnológicos en las redes sociales, lo que representa un aumento en la intensidad de las vivencias por parte de la víctima.

Preguntas Guía: desde la generalidad hasta la particularidad

¿Usas las redes sociales? ¿Con qué frecuencia?
¿Cuál es tu preferida?
¿Alguna vez te insultaron o amenazaron por chat privado o en el muro? ¿Con qué frecuencia?
¿Sabías quién te agredía o eran anónimas las agresiones?
¿Alguna vez difundieron algún rumor falso sobre tu persona en las redes? ¿Con qué frecuencia?
¿Alguna vez circuló por las redes alguna imagen tuya sin tu consentimiento?
¿Esa fotografía o meme repercutió en tu vida cotidiana?
¿A partir de esa experiencia decidiste salir de grupos en los cuales participabas o diste de baja tu perfil en las redes?

SUGERENCIAS PARA LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Si luego de la entrevista se sospecha o confirma una situación de bullying, será necesario buscar la estrategia de intervención más adecuada siguiendo las indicaciones de la guía. No obstante, es fundamental analizar la singularidad de cada situación. Hay que recordar que la dinámica del acoso involucra a varios actores y distintas dimensiones.

Las características del adolescente y su entorno familiar así como la frecuencia e intensidad de las agresiones que padece la persona, son aspectos fundamentales para valorar el riesgo potencial así como los factores protectores.

Se deberá tener en consideración que puede existir:

- El secreto.
- El silencio.
- La negación.
- La desmentida.
- La amenaza.
- La coacción.
- El aislamiento.

Esto significa que el relato del adolescente sobre su experiencia de acoso puede ser contradictorio, sin que ello signifique que no sea verídico o creíble.

Si bien el primer nivel de atención tiene un rol importante en su detección y atención, no debe olvidarse que el primer contacto con la situación podría tener lugar en el servicio de emergencia o a nivel hospitalario, siendo fundamental que todos los profesionales estén capacitados en esta temática.

Ante la sospecha o confirmación de bullying es necesario:

- Reforzar positivamente la conducta de animarse a hablar de la situación con personas de su confianza ya sea en la familia, en la institución educativa o con sus amigos.
- Favorecer que el adolescente se sienta escuchado y comprendido en lo que le sucede.
- El profesional puede brindarle información sobre bullying, en particular sobre sus principales características y ubicarlo como una forma de violencia que afecta a muchos adolescentes en el mundo. Incentivarlo a que lo pueda comunicar, a no aislarse, a buscar apoyo, promoviendo un proceso reflexivo sobre su situación y una actitud activa de afrontamiento.
- Evitar la revictimización: desestimando la culpabilidad que suele acompañar el relato del adolescente sobre la situación.
- Identificar, junto con el adolescente, los recursos familiares, sociales, emocionales que dispone para afrontar la situación y revertirla.¹⁴⁹

CRITERIOS PARA DEFINIR EL RIESGO

RIESGO ELEVADO Si la persona presenta alguno de los siguientes signos y síntomas:

- Intentos de IAE.
- Ideaciones suicidas.
- Autolesiones.
- Signos de depresión.
- Síntomas de estrés post – traumático.
- Consumo problemático de sustancias.
- Conducta y hábito alimentario alterado.

Frecuentemente estos signos y síntomas que configuran un riesgo elevado se corresponden con agresiones físicas que ponen en peligro la integridad del sujeto, agresiones verbales sostenidas en el tiempo y de alta carga emocional, así como también agresiones sexuales de distinta índole.

149 | Olweus, D. (1993). Bullying at school: What we know and what we can do. Psychology in the schools, 40(6), 679 – 700.

RIESGO MODERADO Si la persona presenta alguno de los siguientes signos y síntomas:

- Tentativas de autolesiones y/o ideaciones suicidas.
- Crisis de angustia/ansiedad.
- Ataques de ira.
- Trastornos del sueño.
- Sentimiento de tristeza.
- Sentimiento de soledad.
- Baja autoestima.
- Disminución del rendimiento escolar.
- Aumento de inasistencias.

Frecuentemente estos signos y síntomas que configuran un riesgo moderado se vinculan al padecimiento de violencia psicológica, ya sea, intensa o moderada y a agresiones físicas puntuales.

RIESGO BAJO Si la persona presenta alguno de estos signos y síntomas:

- Sentimiento de tristeza.
- Sentimiento de incompreensión.
- Disminución de la autoestima.
- Desmotivación en las actividades académicas.

Frecuentemente estos signos y síntomas que configuran un riesgo bajo se relacionan con la incipiente consolidación de la violencia psicológica y con el padecimiento de violencia social y/o patrimonial en distintos niveles.

POSIBLES PASOS A SEGUIR

En acuerdo con el adolescente:

- Se sugiere compartir esta situación con personas referentes en la familia, en caso de no haberlo hecho previamente.
- Pautar un encuentro con los referentes familiares.
- Acordar con el adolescente y sus referentes familiares, los pasos a seguir con la institución educativa.
- Comunicar en términos positivos a las autoridades de la institución educativa y contactarse con el docente de referencia del adolescente para poder realizar un trabajo en red y que éste siga los lineamientos protocolares.
- Tener en cuenta las prestaciones en salud mental para niños, niñas y adolescentes para realizar una oportuna derivación de ser necesario.

Acciones según riesgo:

- En caso de riesgo bajo, se sugiere retomar la situación en las próximas consultas para valorar si la experiencia se agravó y por ende, evaluar los pasos a seguir con el adolescente, su familia y la institución educativa.
- En caso de riesgo moderado o severo, se debe considerar la consulta con profesional de la salud mental.
- De tratarse de un acoso de tipo moderado o severo (con episodios reiterados de violencia física, psicológica y/o sexual), evaluar junto con el adolescente y su familia sobre la posibilidad de la denuncia policial. Ante casos de omisión por parte de los padres o la falta de respuesta de la institución educativa, el equipo de salud puede asumir un rol activo en la denuncia de la situación frente a las autoridades educativas o a nivel policial.
- Si se trata de un caso de cyberbullying, sugerir que cierre momentáneamente sus cuentas en las redes sociales y cambie el número del teléfono celular.

SINIESTRALIDAD

El accidente es un analizador social, “síntoma” de otros problemas que sufre la comunidad sometida a transformaciones vertiginosas y de escasa visibilidad social: alta tecnologización de la vida cotidiana, cultura de lo inmediato, confianza ligada a la fe en la máquinas. Estas transformaciones impactan también en la forma de ser, pensar y actuar de los adolescentes.

Las primeras causas de muerte en la población adolescente en Uruguay son las calificadas como “causas externas de morbilidad y mortalidad” es decir, las derivadas de lesiones no intencionales: accidentes y las derivadas de las lesiones intencionales: suicidios y homicidios.

Entre los fallecidos por siniestros de tránsito, la franja etaria entre 10 a 24 años son el 21% de todos los fallecidos por esta causa. (MSP, 2015)

En la adolescencia temprana, estudiando las causas de defunción en forma algo más detallada, se nominan también las lesiones por inmersión.

SINIESTROS DE TRÁNSITO

Los siniestros de tránsito producen una de las mayores cargas de morbimortalidad; nuestro país no es ajeno a esta epidemia mundial. Más de medio millar de fallecidos y más de 100 millones de dólares americanos en atención de lesionados, son algunos de los desproporcionados guarismos que arrojan anualmente los accidentes de tránsito en el Uruguay.

En los últimos años, desde el sector salud, la siniestralidad vial es vista como un problema de salud pública y existe un compromiso manifiesto con todos los procesos que conllevan a la mejoría de la seguridad vial, como son la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Esto debe ser incluido en el enfoque de un “sistema seguro”, en donde los usuarios de las vías de tránsito, los vehículos y el entorno o la red vial se tienen en cuenta de manera integrada. A su vez, debe considerarse a la seguridad vial en el concepto de calidad de vida de los países¹⁵⁰.

Dentro de este grupo de edad, los **varones jóvenes** (peatones, ciclistas, motociclistas, conductores principiantes y pasajeros) tienen una probabilidad aproximadamente **tres veces mayor de morir o sufrir traumatismos en las carreteras** que las mujeres jóvenes.

La Organización Mundial de la Salud destacó esta realidad como un problema prioritario de salud, de causa multifactorial y cuyo **principal responsable es el factor humano** en más del 90 % de los casos, seguida del factor vial y en menor proporción el factor mecánico y medioambiental.

Uno de los principales problemas al abordar esta temática es que la creencia popular considera que son producidos por el azar, la fatalidad o la inevitabilidad, lo que hace que toda acción de prevención no se internalice por la carga de resignación que esto conlleva. Sin embargo, **un siniestro se produce cuando aun habiendo tomado todas las precauciones falla uno de los tres factores causales anteriormente mencionados, no es dependiente del destino, es evitable, es prevenible y no es accidental.**

CAUSAS DEPENDIENTES DEL FACTOR HUMANO.¹⁵¹

- **Impericia:** desconocimiento de la normativa.
- **Imprudencia:** presente en el 70% de los casos: alcohol y drogas, implicados en la mitad de accidentes donde hay defunciones y en la tercera parte de accidentes con lesionados; hacer caso omiso a las señales de tránsito; exceso de velocidad; manejar cansado.
- **Negligencia.**

150 | Decenio de acción sobre seguridad vial de la ONU-OMS 2011-2020

151 | Vázquez, R. Causas de los accidentes de tránsito desde una visión de la medicina social. El binomio alcohol- tránsito. Rev. Med. Uruguay 2004; 20: 178-186

MEDIDAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: SE DEBEN TOMAR EN CUENTA LAS VARIABLES SOCIALES, LEGALES, TÉCNICAS Y SUS MÚLTIPLES RELACIONES

<p>Promoción de estilos de vida saludables</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Autoestima. ● Autocuidado y cuidado mutuo. ● Analizar los estereotipos de género, principalmente el de masculinidad. ● Fortalecimiento de la comunicación. ● Habilidades para la vida.
<p>Educación vial sostenida en el marco normativo que obligue a su cumplimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Continua desde los primeros años de vida. ● Con la participación de adolescentes. ● Que contemple los ámbitos familiar y educacional. ● Sustentada en las redes sociales.
<p>Reducción de la siniestralidad vial individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar consumos de alcohol y drogas cuando se maneja. ● Evitar acompañar a conductor que a consumido alcohol o drogas. ● Evitar el exceso de velocidad ● Estimular uso del casco ● Estimular uso del cinturón de seguridad para todos los pasajeros del vehículo. ● Evitar uso de celulares, auriculares, música a volúmenes elevados. ● Evitar el consumo de “mate” en los medios de transporte. ● Seguimiento de adolescentes con “accidentalidad repetida” ● Seguimiento de adolescentes con vulnerabilidad emocional: trastornos de conducta, impulsividad y otros.
<p>Reducción de la siniestralidad vial colectiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Correcto estado y señalización vial. ● Inspección de automotores para su correcto funcionamiento. ● Curso de manejo defensivo y avanzado. ● Registro nacional de conductores. ● Capacitación de personal inspectivo. ● Implementación de sistema de atención a accidentados.

Nunca olvidar al tránsito como hecho “social”, todos somos en la vía pública y es donde debemos entender que “la libertad (de circular) de uno termina donde comienza la del otro”¹⁵². “Que las personas adopten hábitos, conductas y comportamientos adecuados en el tránsito, requiere que el entorno social, legal, cultural, económico y ambiental les de soporte”¹⁵³.

152 | Facello, L. Los accidentes de tránsitos y la importancia de dos segundos. [www.mtop.gub.uy/trans-
porte/](http://www.mtop.gub.uy/trans-
porte/) Los AT.php

153 | Vázquez, R. Op.cit

LESIONES POR INMERSIÓN

La OMS calcula que en el mundo y en el año 2000 falleció una persona por minuto por este motivo aproximadamente y que el 97% de los ahogamientos accidentales se producen en países con bajos o medianos ingresos.¹⁵⁴

Es la segunda causa de muerte debida a lesiones no intencionales, especialmente peligrosa ya que por cada muerte se producen alrededor de seis urgencias no mortales por ahogamiento. La proporción lesión no mortal-fallecimiento es mucho mayor que la observada en otros tipos de lesiones, incluidos los accidentes de tránsito (150:1)

La morbilidad es mucho mayor entre los supervivientes de lesiones por inmersión, principalmente por las secuelas neurológicas.

MEDIDAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- Promover el aprendizaje de la natación
- Evitar baños y/o nadar en zonas desconocidas, sin vigilancia (bañados, arroyos, tajamares, lagos artificiales)
- Exigir en zonas de baños la presencia de socorristas o salvavidas
- Conocer habilidades de reanimación básica
- Vigilar el estado de las piscinas, sobre todo las de uso familiar
- Contar con dispositivos de flotación o chaleco salvavidas en la embarcación
- Evitar el consumo de alcohol y drogas al salir a nadar, navegar o practicar deportes acuáticos
- Señalamiento de zonas de baños: boyas, delimitación de áreas de baño, disponibilidad de dispositivos de salvamento y señales llamativas
- Conocer las condiciones climáticas y la previsión meteorológica antes de navegar o salir a nadar o practicar otros deportes acuáticos

Son factores de riesgo:

- Edad: 15 -19 años.
- Sexo: masculino.
- Accesibilidad a distintos medios acuáticos.
- Consumo de alcohol y otras drogas.
- Uso de embarcaciones con desconocimiento de la técnica de natación y navegación.
- Enfermedades concomitantes: epilepsia, discapacidades mentales, motoras y sensoriales graves.
- Eventos estresantes previos: duelo, dificultades importantes en el área afectiva, de los estudios o el trabajo.

154 | Callas, H. Ahogamiento y lesión por inmersión. En: Nelson Tratado de Pediatría de Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton. 18Ed. Elsevier Saunders. España, 2009.

El seguimiento de adolescentes que hayan sufrido accidentes debe incluir una adecuada referencia y contrareferencia de manera de seguir vinculado a su espacio de atención habitual y a su entorno.

Debe brindarse atención al accidentado, a su entorno próximo y a los testigos del accidente

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury A. y Knobel M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Ed. País. Bs.As.2002.

Abracinskas, L.; Arrambide, E.; López, A.; Quesada, S. 2006 a un año de Gobierno Progresista. Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva. CNS Mujeres. Montevideo. 2006.

Actualización de las Normas. Guías para la Profilaxis Post Exposición (PPE) Accidental Ocupacional a Sangre y Fluidos Corporales en Trabajadores de la Salud.- Infecciones Transmitidas por Sangre y Fluidos Biológicos en Áreas Asistenciales. Ministerio de Salud Pública. PPITS/Sida; OPS. Uruguay. 2009.

Alvear, T. Consideraciones en cuanto al uso medicinal y recreacional de la marihuana y sus efectos sobre el pulmón. Rev. chil. enferm. respir. vol.31 no.3 2015.

Amorín, D.; Carril, E.; Varela, C. Maternidades y paternidades en adolescentes. En: "Proyecto: género y generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I". Ed. Trilce. Montevideo. 2006.*

Análisis del sector salud. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. OPS. Washington: 2005. Ed. Especial No. 9.

Australian Dental Journal; 57: 71-78. Dental and periodontal complications of lip and tongue piercing: prevalence and influencing factors. 2012.

Australian Dental Journal; 43: 387-9. Perforación de la lengua: reporte de un caso. 1998.

Barrán, J.P. Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Cap. III "La sexualidad negada y omnipresente". Tomo 2. El disciplinamiento, Ed. Banda Oriental. Montevideo. 1991.

Barran, J.P Medicina y sociedad en el Uruguay del 900. La invención del cuerpo. Ed. Banda Oriental, Montevideo. 1999.

Bareiro, L.; Quesada, S. Relevamiento de mecanismos y políticas públicas en el Uruguay para la igualdad de las mujeres y la equidad de género. Puntos de partida. Instituto Nacional de las Mujeres. Ministerio de Desarrollo Social. (Apoyo PNUD & UNIFEM). Montevideo. 2006.

- Blue, R.; Mari, W. Health and Development (CAH). World Health Organization. Geneva. 2006.
- Briceño, G.; Pignatiello, A. Orientación individual en Salud Sexual y Reproductiva Adolescente. Ed. AVESA. Venezuela. 2002.
- Brusset, B. Et al. Psicopatología del Adolescente. En: Tratado de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Ed. Biblioteca Nueva. España. 1998.
- Cannabis y adolescencia, escenarios de riesgo. Colegio Médico del Uruguay. 2016.
- Castellano, G.; Hidalgo, N.; Redondo A. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. Ed. Ergon. Madrid. 2004.
- Comisión Nacional de Lucha contra el Cáncer. Características epidemiológicas de una población que accedió al Programa de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero. Montevideo. 2005.
- Cornellá, J.; Canals, I.; Llusent Guillemet, A. La relación médico-paciente. La entrevista clínica. En: Castellano Barca, M.; Hidalgo, V.; Redondo, I.; Romero, A.M.; Medicina de la adolescencia. Atención Integral Cap 2. Ed. Ergon. Madrid, España. 2004.
- Declaración y Programa de acción Conferencia Mundial de Derechos Humanos Viena. 1993.
- De Barbieri, T. Estudios Básicos en Derechos Humanos IV, "Certezas y malos entendidos sobre la categoría género". Ed. IIDH. Costa Rica. 1996. *
- D´elia, Y.; Maingon, T.; La equidad en el Desarrollo Humano: estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad, Documento para la discusión, Informe sobre desarrollo humano en Venezuela, Ed. Torino. PNUD. Venezuela. 2004.
- Directrices Básicas para la Realización de Consejería/Orientación en VIH /Sida. El mejor camino para la prevención, tratamiento y adherencia. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. PPITS/Sida, OPS. Centro Internacional de Cooperación Técnica (Brasil). Uruguay. 2006.
- Documento Final de la Cumbre Mundial 2005. Asamblea General de las Naciones Unidas. 24 de octubre de 2005.
- Documento Interno de Directrices y lineamientos en prestaciones en salud sexual y reproductiva. Dirección General de la Salud. Dirección General de Secretaría. Ministerio de Salud Pública. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Uruguay. 2008.
- Dulanto Gutiérrez, E. Perfil del médico que atiende adolescentes En: Ribas, José M^º. y col. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana. Ed. Ascune. Buenos Aires. 2005.

Encuesta Nacional Reproduccion Biologica y Social de la Población Uruguaya. Una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística Intendencia Municipal de Montevideo. Udelar. MYSU. PNUD. UNFPA. Uruguay. 2005.

Espada, J.; Morales, A.; Orgilés, A. y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(2), 31-41.

Estrategias y lineamientos para la acción en VIH SIDA con HSH. ONUSIDA. Bogotá. 1999.

Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. OPS. Unidad Género. Washington, D.C: OPS/PALTEX. 2004.

Fernández, A.M. “La pobreza y la maternidad adolescente”. En: “La Mujer de la Ilusión”, Ed. Paidós, Buenos Aires.1993.

Fernandez JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist Circunference percentiles in National Representative samples of African- American, European- American, Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr* .2004

Foucault, M. Historia de la Sexualidad. Tomo 1. Ed. Siglo XXI. México. 1978.

García, C.; Cairabú, S. Aspectos farmacognósticos del cannabis. Aporte universitario al Debate Nacional sobre Drogas. 2012.

Guía: Los Derechos de niñas, niños y adolescentes en el área de salud. IDISU. MSP, INAU, UDELAR, SUP. UNICEF. Uruguay, 2012.

Guía para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles de Notificación Obligatoria. Departamento de Epidemiología. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2006.

Guías en Salud Sexual y Reproductiva -Capítulo Anticoncepción (Métodos Reversibles). Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2005.

Guías en salud sexual y reproductiva, Capítulo: Normas de Atención a la Mujer Embarazada y Capítulo: Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.2007.

Guías para el Diagnóstico, Tratamiento Antirretroviral y Monitorización Adultos y Embarazadas.- Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-Sida) Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. PPITS-Sida, OPS. Uruguay. 2006.

González, A.C.; El UNFPA y los procesos de cambio en los sistemas de salud: Orientaciones estratégicas para América Latina y el Caribe, Ed. Centro de Comunicación Virginia Wolf. Cotidiano Mujer. Uruguay. 2007.

Grela, C.; López Gómez, A. “Salud y Género”. Talleres Educativos. Manual para Equipos de Salud. Ediciones IMM – FNUAP. Montevideo. 1998*.

Güida, C.; Ramos, V.; Vitale, A. “Conocimiento y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos” En: “Proyecto: género y generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I”. Edit. Trilce, Montevideo. 2006.*

Hunt, P. Relator Especial. Informe. Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Comisión de Derechos Humanos. E/CN.4/2004/49. 2004.

Jenkins, R. Problemas de salud especiales en la adolescencia. En: Nelson. Tratado de Pediatría de Kliegman, Behrman, Jenson y Stanton. 18ª Ed. Elsevier Saunders. Barcelona España. 2009.

Lamas, M. “Cuerpo: diferencia sexual y género”. En: Debate Feminista. Año 5. Vol. 10. Setiembre. México. 1994.

Lamas, M. “Qué generó el género”. En: Zarate, M.; Gall, O. “Mujeres al Timón de la Función Pública”. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir A.C. México. 2004.*

Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G.; Durán, M. Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud. CSIC-UdelaR. 2013.

López, A.; Amorín, D.; Benedet, L.; Carril, E.; Celiberti, L.; Güida, C.; Ramos, V.; Vitale, A. “Adolescentes y sexualidad: significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004)”. Cátedra Libre en Salud reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología. UdelaR, (Apoyo UNFPA). Montevideo. 2005.

López Gómez, A.; Benia, W.; Contera, M.; Guida, C. Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Ed. Cátedra Libre Salud Reproductiva, Sexualidad y Género Facultad de psicología. UdelaR. Fundación Mexicana para la Salud. UNFPA. Montevideo. 2003.

Marcelli, D. Braconnier, A. Psicopatología del adolescente Ed. Masson. Barcelona. 2005.

Martins. S.; Curtis, K.; Glasier, A. Combined hormonal contraception and bone health: a systematic review. Contraception, Volume 73. Issue 5. 2006.

Moreno, E. Política de salud del adolescente. En: Módulo 1 de Curso de Educación a distancia en Salud Integral de Adolescentes (EDISA). Universidad de Buenos Aires. 1992.

MSP. Adolescencias: Un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Estudiantil. MSP, MIDES, JND, UNDFPA. Uruguay. 2012.

MSP. Guía Clínica para la hormonización de personas trans. Uruguay. 2016.

MSP. Guía Clínica para la Eliminación de la Sífilis congénita y transmisión vertical del VIH. MSP. Uruguay, 2015.

MSP. Guía Pautas de Atención a personas con VIH en el Primer Nivel de Atención. MSP. Uruguay, 2016.

MSP. Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. - Programa de Salud Integral de la Mujer – DIGESA – MSP. Uruguay, 2014.

MSP. Guía en SSySR. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. MSP-2014

MSP. Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello de Útero. Uruguay, 2015.

MSP. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual de orientación anticonceptiva. Métodos temporales y permanentes. Uruguay, 2013.

MSP. Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), MSP 2016.

MSP. Programa Nacional de Atención a Usuarios problemáticos de drogas. MSP, JND. IMPO.2007.

MSP. Programa Nacional de Salud Bucal. Orientación para el equipo del primer nivel de atención de salud. Salud Bucal de las Gestantes y niños de 0 a 36 meses. 2008.

MSP. OPS. Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Dirección General de la Salud.. PPITS/Sida.. Re edición Uruguay, setiembre de 2009.

Mustata, C.; Torrens, M.; Pardo, R. Perez, C. The Psychonaut Web Mapping Group, Farré M. Spice drugs: los cannabinoides como nuevas drogas de diseño. Adicciones 2009; 21: 181-186.

MYSU. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2007 y 2008. MYSU. Montevideo.

Normativa de Atención Sanitaria y Guías de práctica clínica de la ordenanza 369/04 del MSP. “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”. Ministerio de Salud Pública. Montevideo. 2004.

Obiols, G. Di Segni Obiols, S. Adolescencia, posmodernidad y escuela: la crisis de la enseñanza media. 1ª ed. 1ª reimp. Ed. Noveduc. Buenos Aires. 2008.

OPS. Unidad Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington, D.C: OPS/PALTEX, 2004. Pág. 2.

OMS Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. 2001.

OMS. Políticas y Planes de Salud Mental para la infancia y la adolescencia. Paquete de Política de Salud Mental y Guía de Servicios, Ginebra: OMS: 2005

OPS. MSP. PP ITS/Sida. Asociación Cultural y Social Uruguay Negro (ACSUN). Percepción sobre las creencias, actitudes y prácticas relacionadas a la salud sexual y reproductiva y a las infecciones de transmisión sexual y el VIH en población afrouruguaya. 2008-2009. Investigación cualitativa.

OPS. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C., 2008

ONUSIDA (1999), Estrategias y lineamientos para la acción en VIH SIDA con HSH, Bogotá.

ODJ. Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, Observatorio Uruguayo de Drogas 2014

ODJ. VI Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media, 2014.

PNUD (D´Elia, Y; Maingon, T); “La equidad en el Desarrollo Humano: estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad”, Documento para la discusión, Informe sobre desarrollo humano en Venezuela, Edit. Torino, Venezuela, 2004. Pág. 36

Pérez Manrique, R. Conferencia “Derecho a la Confidencialidad. Marco Legal”. Asociación Internacional Mercosur de Jueces. Montevideo, 2008.

Plan Nacional de Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial hacia niños, niñas y adolescentes 2007-2010. Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial hacia niños, niñas y adolescentes del Uruguay. Uruguay. 2007.

Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, la Adolescencia y la Salud Reproductiva 2000 -2003. Ministerio de Salud Pública. OPS. Montevideo. 2000.

Plan Nacional de lucha contra la violencia doméstica 2004 -2010. Uruguay.

Plataforma de Acción Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. CAIRO.1994.

Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos. Políticas Públicas hacia las mujeres: 2007-2011. Instituto Nacional de las Mujeres. Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay, 2007.

Profilaxis y Tratamiento de la Infección por el VIH en Pediatría. Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-Sida) Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. PPITS-Sida, OPS. Uruguay. 2006.

Programa Nacional de Salud Adolescente, Programa Nacional de Salud Adolescente. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Montevideo. 2007.

Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Montevideo. 2007.

Programa Nacional de Salud Adolescente. Carné del adolescente. Ministerio de Salud Pública Uruguay. 2008.

Proyecto Género y Generaciones. Reproducción Biológica y Social de la Población Uruguaya. Tomo I. Estudio Cualitativo. Una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística Intendencia Municipal de Montevideo, UdelaR, MYSU, PNUD, UNFPA; Uruguay. 2006.

Programa Prioritario ITS SIDA Plan Estratégico 2006 - 2010. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública.

Ramos, V., Forrasi, F., Gelpi, G. (2016). Capítulo 1: Nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad: Un lenguaje común. En López, P., Forrasi, F., y Gelpi, G. (comp.). Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la salud. Uruguay: Imprenta Rojo S.R.L

Recomendaciones para la atención integral de salud de los adolescentes. Con énfasis en salud sexual y reproductiva. Centro de Estudios de Población (CENEP) Con la colaboración de Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Serie OPS/FNUAP N° 2.

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de Anticonceptivos. Segunda edición. Una Guía esencial de la OMS, sobre Planificación Familiar/2005 disponible on line en : www.who.int/reproductive-health

Ribas, José M^a y col. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana. Ed. Ascune. Buenos Aires. 2005.

Rights into Action. IPPF, carta sobre derechos sexuales y reproductivos. UNFPA.

Roldán, C. Atención Clínica de adolescentes y Jóvenes. En: Ricardo Da Rosa y col. Adolescencia. Ed. FADA (Fundación Argentina de Adolescencia) Buenos Aires. 2002.

Ruiz, S. Diversidad sexual en las aulas. Evitar el bullying o acoso homofóbico. Badajoz: Cuadernos Plural. 2009.

Salazar Rojas, D. El adolescente y la familia. Convivencia y comunicación. En: Medicina de la Adolescencia. Atención integral de Castellano Barca G, Hidalgo Vicario M, Redondo Romero A Ed: Ergón. Madrid. 2004

Scott, J. y otros. "El género, categoría útil para el análisis histórico" En: El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual, Marta Lamas (comp.). Ed. PUEG, México. 1996.

Torres. V. Compromiso respiratorio en fumadores de marihuana. Rev. urug. med. interna. Diciembre 2016. N°3: 44-51

UDELAR UNFPA Maternidad en adolescente y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas., 2016

Valdés Rodríguez, J. Examen físico del adolescente. En: Enrique Dulanto Gutiérrez. Perfil del médico que atiende adolescentes En: Castellano Barca, M.; Hidalgo, V.; Redondo, I.; Romero, A.M.; Medicina de la adolescencia. Atención Integral Cap 4. Ed. Ergon. Madrid, España. 2004.

Venta, I.; Lakoma, A.; Haahtela, S.; Peltola, J.; Ylipaavelniemi, P.; Turtola, L. Oral piercing among first-year university students. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005;99:546-549.

Ziebolz, D.; Hornecker, E. Mausberg, RF. Microbiological findings at tongue piercing sites: implications to oral health. Int J Dent Hyg 2009;7:256-262.

Zubarew, T. Evaluación clínica del adolescente. Diploma Desarrollo y Salud Integral del Adolescente. Pontificia Universidad Católica de Chile. UC Virtual. 2008.

Zurro, M. Atención Primaria de Salud. En: Zurro, M.; Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Barcelona. Elsevier. 2008.

ANEXOS

CARNÉ DE SALUD ADOLESCENTE	163
INSTRUCTIVO CARNÉ DE SALUD ADOLESCENTE	166
GUÍA “DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES”	170
GRÁFICAS DE DESARROLLO PUBERAL	172
GRÁFICAS DE TALLA	176
GRÁFICAS DE IMC.....	177
HOJA SIA: HISTORIA CLÍNICA DEL SISTEMA INFORMÁTICO DEL ADOLESCENTE	178
TABLAS DE PA	180
TABLA DE REFERENCIA DE CIRCUNFERENCIA DE CINTURA.....	182
VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA: 5 PASOS PARA VALORACIÓN Y TRIAGE. GUÍA PARA PROFESIONALES	183

INSTRUCTIVO CARNÉ DE SALUD ADOLESCENTE

El carné de salud adolescente fue creado por el DECRETO 295/2009. **Siendo desde entonces el único certificado médico de aptitud física, expedido y exigido para realizar deportes no federados u otras actividades. Su gestión y obtención es gratuita en todos los prestadores de salud del sector público y privado.**

El uso del mismo, promueve el ejercicio del derecho a la atención de salud y las pautas de autocuidado en esta etapa de la vida, así como la comunicación entre adolescentes y técnicos de los servicios de salud.

Los cambios socioculturales y el avance alcanzado en materia de derechos desde entonces, han motivado al Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud, a proponer modificaciones que permitan la incorporación de los mismos.

La actualización del carné adolescente es una construcción colectiva, realizada entre técnicos y adolescentes, en el marco del II Congreso Nacional de Adolescencia, “Desempolvando un derecho: Jóvenes discutiendo la Salud” en el año 2016.

El resultado de esta actualización es un nuevo y **único carné** (sin diferenciación por sexo), de **uso universal** (en todo el territorio nacional) y **obligatorio** para el control de salud de adolescentes entre 12 y 19 años.

En esta misma línea se consigna el “**nombre social**” que entre otras cosas permite considerar a los adolescentes trans respetando su identidad. Otro cambio importante es la incorporación de la variable etnicidad, que ya se encontraba incluida en la historia clínica del adolescente (hoja SIA).

Los datos requeridos serán llenados por el médico de referencia, en conjunto y acuerdo con el/la adolescente. De esta manera toda la información contenida en el mismo es **confidencial**, siendo **pertenencia del adolescente** y uso exclusivo de éste y de toda persona que él determine.

La información de tapa y contratapa de este carné es la única información que puede ser exigida para certificar aptitud física o realizar trámites, (fotocopia).

Es utilizado como **Certificación de Salud** por instituciones educativas formales y no formales, servicios de salud, clubes deportivos, y otros centros o instituciones que trabajen o atiendan adolescentes.

CONTENIDOS Y SUGERENCIAS DEL LLENADO DEL CARNÉ

TAPA: Contiene los datos personales (nombre, apellido, nombre social, cédula de identidad, fecha de nacimiento, etnia, género, domicilio, localidad, departamento, teléfono o celular y nombre, vínculo y contacto de un referente adulto) pueden ser registrados por el propio adolescente y/o personal técnico o administrativo. Es importante corroborar que los datos estén completos.

Página 1: Reúne información general sobre el carné, en relación a su obligatoriedad para el control en salud de los 12 a 19 años, su utilización como certificado médico de aptitud física y hace referencia a los derechos específicos para adolescentes.

Página 2: Reúne aquellos datos de información sobre los antecedentes patológicos familiares y personales. Los cuales pueden ser requeridos ante una situación de emergencia.

Marque con **“SI o NO”** la presencia de diabetes, asma, epilepsia u otras patologías crónicas. La opción “otras” requiere ser especificada.

Las opciones “cirugías”, “accidentes”, “alergias”, “ingesta de medicamentos” y “alergia medicamentosa” además de ser marcadas como “SI o NO” .Cuando están presentes, requieren que se especifique el tipo.

A solicitud de los adolescentes consultados en el proceso de elaboración de este carné, se incluyeron los datos de grupo sanguíneo. Si se cuenta con el dato en la historia, en el carné del niño o perinatal se registrará este dato. Se aclara que la ausencia de este dato no es indicación de paraclínica.

Se debe marcar la ocurrencia o no de menarca y espermarca según corresponda y de ser positiva, escribir la edad de presentación de la misma.

Se debe marcar con una cruz según corresponda, el antecedente de Intento de Autoeliminación. Por último se debe registrar la presencia de alguna enfermedad que a nivel familiar determine riesgo y sea el disparador para tomar acciones de prevención y cuidado.

Página 3: Esta página está destinada a conocer la información en relación a los centros donde el adolescente se asiste, estudia, realiza deporte, y trabaja.

Se suman contactos útiles donde recibir información sobre diferentes temáticas o referencias de interés.

Por último se promociona la aplicación GURU DEL SEXO, una aplicación para dispositivos móviles (Android y Iphone), dado que en adolescencia, el uso de celulares y redes sociales es masivo en el país, por lo que se configura como un canal privilegiado de comunicación. El nombre intenta ser atractivo para el público objetivo, además de garantizar información veraz sobre temas como: anticoncepción, protección de ITS, embarazo, interrupción voluntaria del embarazo, salud mental, violencia en el noviazgo y violencia sexual. La aplicación además dirige a un servicio específico de los centros de salud, con enfoque especializado: Espacios Adolescentes, ofreciendo geo-referenciación.

Página 4: Los tópicos aquí especificados, recorren los principales temas que deben ser priorizados a la hora de brindar información veraz. Se busca facilitar el intercambio, tratando de conocer no solo la información que poseen, sino la postura frente a los diferentes temas. De esta forma se verá la oportunidad de brindar recomendaciones para la toma de decisión en cuanto cambio o adquisición de hábitos saludables.

Página 5: Este espacio es especial para los adolescentes, con libre utilización del mismo. A modo de ejemplo se puede utilizar para el planteo de dudas o de eventos vitales trascendentes. A conversar en el momento del control.

Página 6: Corresponde al carné esquema de vacunación, se destaca la vigencia del mismo así como especificar la dosis, fecha y vencimiento de la Dpat, HPV, antigripal y antineumococica 13 y 23V, si corresponde.

Página 7: Esta página está dedicada a los resultados de paraclínicas solicitadas en cada caso en particular según corresponda para cada usuario. Debiendo aclarar la fecha de realizado, el resultado y el motivo de la solicitud. Recordamos que lo que se registre en el mismo, será en acuerdo con el adolescente, respetando la confidencialidad.

Página 8: Se registrarán indicadores del estado de salud. En cada uno de los casos se estimulará el intercambio con el /la adolescente recepcionando sus preocupaciones y /o expectativas, informando oportunamente con criterios de promoción y prevención. El llenado del mismo no necesariamente debe ser realizado por el técnico, puede ser llenado por el adolescente. La oportunidad del llenado será pauta en la entrevista. Las columnas que están encabezadas por N°: “12”, “13”, “14”, etc. corresponden a “edades” cronológicas. En adolescencia temprana (12 a 14 años) se debe realizar un control semestral, por lo que existen dos columnas. Se registra la fecha en la que se realiza el control.

Los datos que se solicitan a continuación, se calificarán de acuerdo al uso de un semáforo: “rojo” en situación de riesgo, “amarillo” en situación de alerta y “verde” cuando la situación no presenta problemas. Se debe registrar firma del técnico que realiza el mismo.

Página 9 y 10: Estas páginas contienen las gráficas de IMC para mujeres y varones de 5 a 19 años y las tablas percentilares de cintura según sexo (Fernández). La utilización de estas herramientas por parte del profesional tiene dos objetivos. Por un lado permite realizar el diagnóstico nutricional, al despistar desnutrición, bajopeso, sobrepeso y obesidad. Por el otro, el compartirlo con el/la adolescente permite conocer o indagar acerca de la percepción que tiene de sí mismo/a, facilitando abordar temas como los trastornos alimentarios, la imagen corporal, la autoestima y el autocuidado.

Página 11 y 12: Corresponden a las tablas para varones y mujeres, de Niveles de Presión Arterial preestablecidas según edad, sexo y talla. Se debe registrar la presión arterial, tanto diastólica como sistólica, medidas en condiciones basales y percentilar para realizar diagnóstico oportuno y evaluar riesgo.

Página 13 y 14: En estas páginas se deberán registrar los datos obtenidos en los sucesivos controles de salud. Incluye Peso, Talla e IMC. Presión arterial, percentil de IMC, percentil de cintura, y el consumo de frutas y verduras. La explicación del cálculo del IMC junto a la escala de Tanner permite realizar el diagnóstico de desarrollo actual.

Página 15 y 16: Estas páginas están destinadas al registro de otros profesionales con los cuales, el adolescente haya consultado o sido referenciado. Especifica la fecha de control, la valoración realizada (N:normal, R:riesgo, P:patológico o problema), la conducta (T:tratamiento, S:seguimiento o R:referencia) y la fecha de nueva entrevista. Se solicitará la firma del especialista al realizar la consulta.

Se destacan el oftalmólogo a los 12 años según indicación del Programa Nacional de Salud Ocular y los controles efectuados por odontólogo según indicación del Programa Nacional de Salud Bucal.

Página 17: Aquí se presenta información útil para los adolescentes en relación a situaciones de violencia en el noviazgo. Asimismo puede ser utilizada para abordar el tema durante la entrevista.

Página 18: En esta página “espacio para ampliar otras apreciaciones” se marcarán aquellos mensajes que adolescente y técnico crean necesarios recordar.

CONTRATAPA: Contiene los 11 espacios necesarios para el registro de la vigencia en cada control de salud, desde los 12 a los 19 años sucesivamente. En condiciones de “normalidad” la vigencia máxima será, en la adolescencia temprana de seis meses y en la adolescencia tardía de 1 año. De lo contrario, frente a los problemas de salud priorizados en adolescentes, u otras situaciones “anormales” o ausencia de control oftalmológico al menos a los 12 años y/o con odontología en el último año precedente, la vigencia será la que estipule el médico referente.

GUÍA “DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL.”

DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL INTERVENCIÓN BREVE PARA

Adolescentes y Jóvenes



mides

Para TODAS las personas...

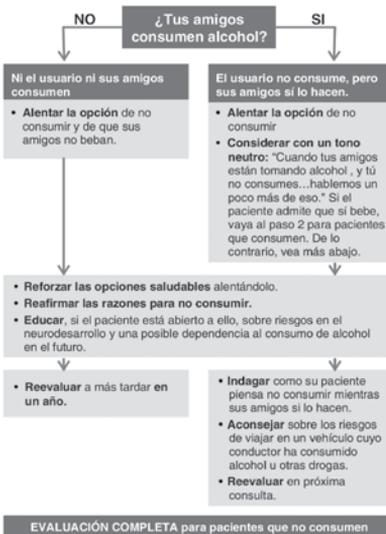
PASO 1: Formule 2 preguntas

Para niños y adolescentes entre 11 y 14 años, comience con la pregunta sobre los amigos. Elija la pregunta que corresponde a la edad. Excluya el consumo de alcohol por motivos religiosos.

Edad escolar (entre 9 y 11 años)	
Amigos: ¿Cualquier consumo? “¿Tienes algún amigo que haya bebido cerveza, vino o alguna bebida con alcohol en el último año?” CUALQUIER consumo genera preocupación	Usuario: ¿Cualquier consumo? “¿Y tu? - ¿alguna vez bebiste más de unos sorbos de cualquier bebida con alcohol?” CUALQUIER consumo: Alto Riesgo
Adolescentes entre 11 y 14 años	
Amigos: ¿Cualquier consumo? “¿Tienes algún amigo que haya bebido cerveza, vino o alguna bebida con alcohol en el último año?” CUALQUIER consumo genera preocupación	Usuario: ¿Cuántos días? “En el año pasado, ¿cuántos días bebiste más de unos sorbos de cualquier bebida con alcohol?” CUALQUIER consumo: Moderado o Alto Riesgo (dependiendo de edad y frecuencia)
Adolescentes entre 14 y 18 años	
Usuario: ¿Cuántos días? “¿En el pasado año, cuántos días bebiste más de unos sorbos de cualquier bebida con alcohol?” Bajo, Moderado, o Alto Riesgo (dependiendo de la edad y la frecuencia)	Amigos: ¿Qué cantidad? “Si tus amigos beben, ¿cuántos tragos toman habitualmente en una ocasión?” Abuso de alcohol por amigos genera preocupación. (Ver al dorso “¿A qué llamamos un trago, borrachera o abuso?”).

Para personas que NO consumen

PASO 2: Guíe al usuario



Para personas que SI consumen

PASO 3: Aconseje y trate

Bajo riesgo: • Proporcionar consejo breve para dejar de consumir. • Tomar en cuenta lo positivo: fortalezas y hábitos saludables. • Explorar e incidir sobre la influencia de amigos que consumen.
Riesgo Moderado: • ¿Tiene el paciente problemas relacionados con alcohol? - Si no tiene problemas , reforzar con consejo breve. - Si tiene problemas : entrevista motivacional. • Preguntar si la familia sabe (ver Alto Riesgo para sugerencias). • Coordinar seguimiento , de preferencia en un mes.
Alto riesgo: • Llevar a cabo breve entrevista motivacional. • Preguntar si la familia sabe... - Si no , considerar quebrar la confidencialidad (previo aviso). - Si lo sabe , solicitarle permiso para hablar con la familia. • Considerar derivación para evaluación o tratamiento. • Si observa signos de peligro inminente (beber alcohol y manejar, consumir alcohol con otras drogas, episodios repetidos de ingesta abusiva de alcohol) tomar decisiones para proteger al paciente. • Coordinar seguimiento en un mes.
PARÁ TODO USUARIO QUE CONSUME ALCOHOL • Colabore en una meta personal y un plan de acción para su paciente. Para algunos la meta será aceptar la derivación a un tratamiento especializado. • Aconseje a su paciente que no consuma alcohol si maneja y que no viaje en un vehículo si el conductor bebió alcohol. • Planifique una entrevista psicosocial para la próxima consulta e caso de ser necesario.

PASO 4: Continúe en seguimiento apoyando

¿Pudo alcanzar y sostener las metas?

Los usuarios pueden no retornar para un seguimiento específico en alcohol, pero si por otras causas. Siempre pregunte por uso de alcohol y problemas asociados. Revise las metas y evalúe si pudo ser capaz de alcanzar y sostener las mismas.

► No, el usuario no pudo alcanzar/ sostener sus metas:

- **Reevaluar** el nivel de riesgo (ver Paso 2 para bebedor).
- **Reconocer que el cambio es difícil**, que es frecuente no lograrlo en el primer intento, y que alcanzar metas es un proceso de aprendizaje.
- **Tener en cuenta aspectos positivos:**
 - elogiando la honestidad y el esfuerzo.
 - consolidando los puntos fuertes.
 - apoyando cualquier cambio positivo.
- **Relacionar el consumo con consecuencias negativas o problemas** como forma de incrementar la motivación.
- **Identificar y abordar desafíos y oportunidades** en alcanzar las metas. Si estas medidas no logran ponerse en marcha, considere:
 - involucrar a la familia.
 - derivar para una siguiente evaluación.
- **Reforzar** la importancia de la o las metas y del plan, **renegociar** pasos específicos, si es necesario.
- **Guiar, completar o actualizar** la entrevista psicosocial en forma integral.

► Si, el paciente pudo alcanzar/ sostener sus metas:

- **Reforzar y apoyar** la continua adherencia a las recomendaciones.
- **Tener en cuenta aspectos positivos:** Elogie el progreso y consolide los puntos fuertes y decisiones saludables.
- **Marcar futuros objetivos** a partir de los anteriores.
- **Guiar, completar o actualizar** la entrevista psicosocial en forma integral.
- **Reevaluar** en forma anual.

Intervención breve y Recursos de referencia

Cuatro principios básicos de entrevista motivacional:

- **Expresar Empatía** mediante una postura cálida y sin prejuicios, con una escucha activa, reflexionando sobre lo que se dice.
- **Desarrollar un ámbito de discrepancia** entre la elección del usuario de consumir alcohol y sus objetivos, valores o creencias.
- **Trabajar con la resistencia** al reconocer el punto de vista del usuario evitando un debate y afirmando su autonomía.
- **Apoyar la auto-eficacia** al expresar confianza y señalar las fortalezas y éxitos de otros momentos.

Luego del alta por cualquier episodio de intoxicación o abuso de alcohol se dará pase al Espacio Adolescente del servicio de salud al que pertenece el o la adolescente. Allí se brindará una primera consulta de evaluación integral de salud.

► Información sobre Espacios Adolescentes de todo el territorio nacional disponible en:
http://www.msp.gub.uy/uc_6016_1.html

► Información general sobre atención de salud en:
Atención al usuario 08004444 (MSP)

► Teléfono de asesoramiento en consumo de sustancias:
***1020**

¿A qué llamamos un trago borrachera o abuso?

Para medir la intensidad del consumo utilizamos la clasificación adoptada por el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD). Se diferencia la ingesta entre varones y mujeres. La Unidad de Bebida Estándar (UBE) corresponde a 10 g de alcohol puro (etanol). Las bebidas mostradas en el cuadro son de diferente tamaño, pero cada una contiene la misma cantidad de alcohol puro (20 gramos).

1 lata de Cerveza	1 vaso de vino	1 medida de bebidas destiladas (por ej.: whisky)	
Contiene 5% de alcohol	Contiene 12% de alcohol	Contiene 40% de alcohol	
1 trago = 2UBE = 20 gramos de alcohol			
Bebida	3 tragos	6 tragos	12 tragos
Cerveza	3 latas o un litro	2 litros	4 litros
Vino	½ botella de 750 cc	1 botella de 750 cc	2 botellas de 750 cc
Bebida Destilada	3 medidas	6 medidas	½ litro

¿Qué bebidas alcohólicas

consumen los adolescentes en la actualidad?

Todos los tipos y clases. Según el OUD (2010), la cerveza es la más preferida, siendo consumida por el 45 % de los estudiantes de enseñanza media encuestados en Uruguay. En los fines de semana, el consumo de bebidas destiladas es mayor que el de cerveza y vino. La "previa" constituye actualmente un ritual que antecede a la salida, durante la cual se ingieren grandes cantidades de alcohol. Los jóvenes tienden además a mezclar alcohol con bebidas energizantes, con alto contenido en cafeína para sentirse "menos borrachos", pero son más propensos a conductas de riesgo.

De acuerdo al Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA por su sigla en inglés), un episodio de abuso corresponde a la ingesta de:

Varones	Mujeres
9 a 13 años  3 tragos	
14 a 15 años  4 tragos	9 a 17 años  3 tragos
Más de 16 años  5 tragos	

Preguntas sobre la Confidencialidad de la Atención Médica a adolescentes y jóvenes

En la actualidad los servicios de salud y las leyes apoyan la capacidad y responsabilidad de los médicos para proporcionar una atención médica confidencial, dentro de los lineamientos establecidos.

• Recuerde:

Los adolescentes tienen derecho a que se guarde confidencialidad también respecto de sus familiares, incluyendo a padres, tutores y otros responsables, de los datos relativos a su salud, salvo cuando a juicio del profesional actuante o de la Dirección Técnica del servicio de salud, exista riesgo grave para la salud del paciente o de terceros. (Ley 18.335 artículo 34, confidencialidad para adolescentes). Si el adolescente esta solo preguntarle quien querría que lo acompañe en ese momento.

El médico respetará, en base al criterio de autonomía progresiva, el Derecho a consultas confidenciales y a la privacidad si así lo solicitan (artículo 11 del Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley 17.823)

Edición 2012

Esta Guía de Bolsillo fue traducida y adaptada de la Guía elaborada por el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) de Estados Unidos, para el Programa Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud Pública.

Más información en www.niaaa.nih.gov

Traducción y Adaptación: **Dr. Antonio Pascale**

Puede solicitar copias de esta Guía de Bolsillo a:
Programa Adolescencia Y Juventud

OPES - DIGESA
Ministerio de Salud Pública
Avda. 18 de Julio 1692 - CP 11200
Montevideo, Uruguay
Contacto: saludado@msp.gub.uy

GRADOS DE DESARROLLO PUBERAL EN LA MUJER



Grados de Tanner del desarrollo mamario.

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

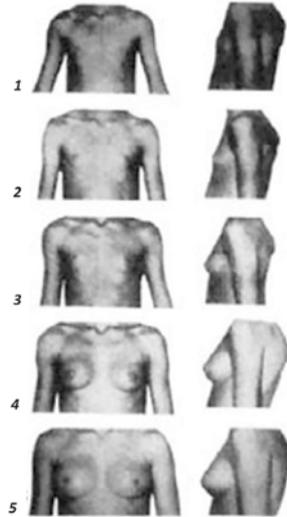
Grado I: o prepuberal, no hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.

Grado II: se palpa tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar ésta. Areola y pezón protruyen juntos, observándose además un aumento del diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario.

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

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

Grado V: la mama es de tipo adulta, en la cual sólo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.



Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico.

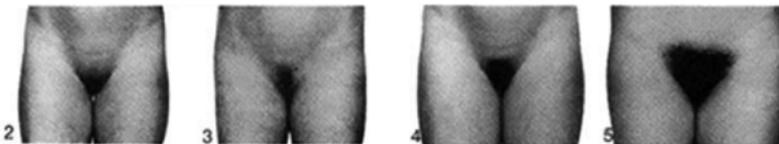
Grado I, o prepuberal, no existe vello de tipo terminal.

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

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

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

Grado V: el vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna de muslos.



* Fuente: escuela.med.puc.cl/.../ (XII 09)

GRADOS DE DESARROLLO PUBERAL EN EL VARÓN



Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico.

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

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

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

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

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



Grados de Tanner del desarrollo genital en el varón.

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

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

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

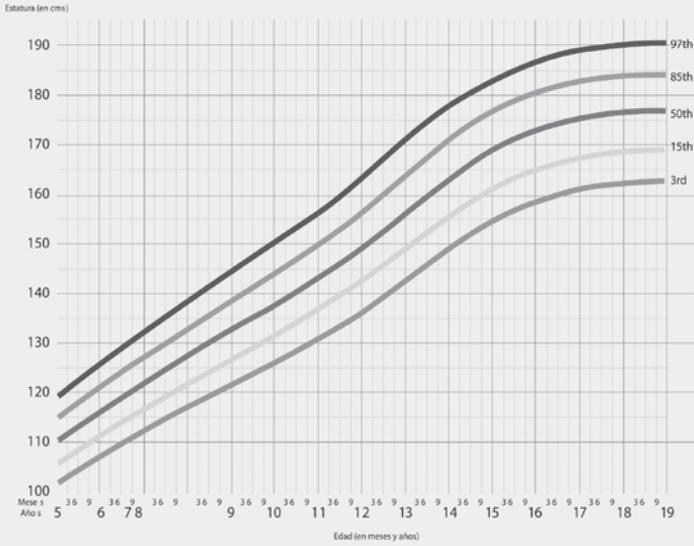
Grado IV: hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.

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

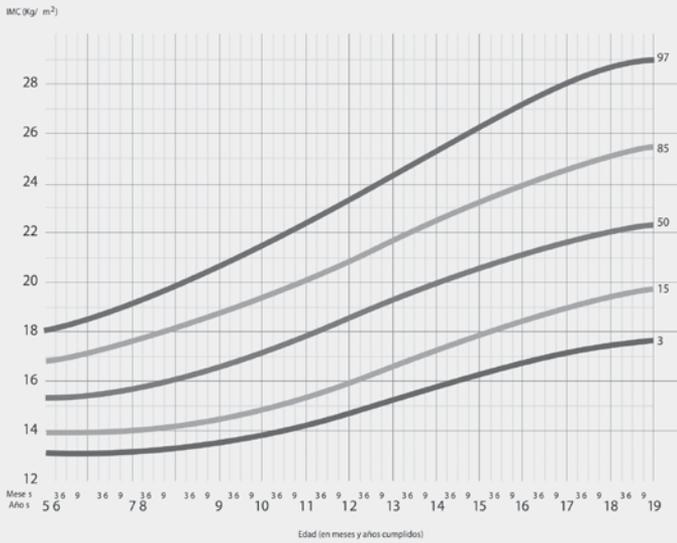


* Fuente: escuela.med.puc.cl/.../ (XII 09)

Estatura para varones de 5 a 19 años



IMC para varones de 5 a 19 años



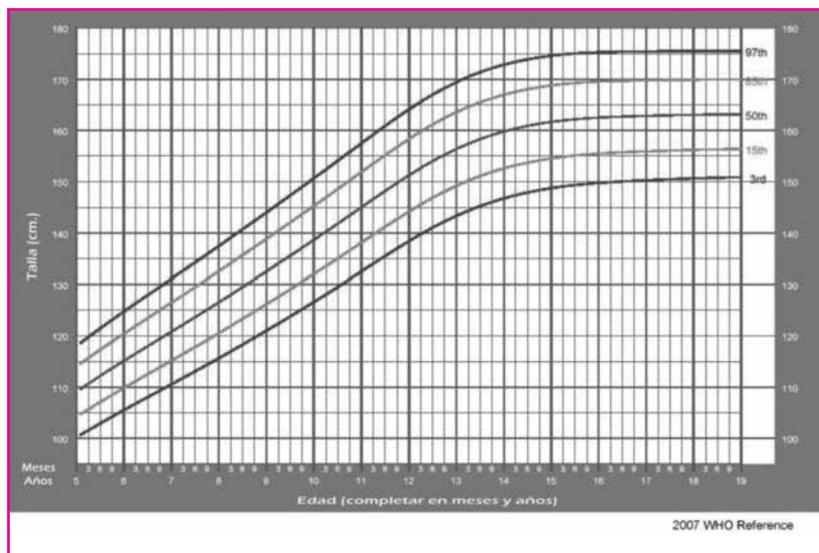
* 2007 WHO Reference



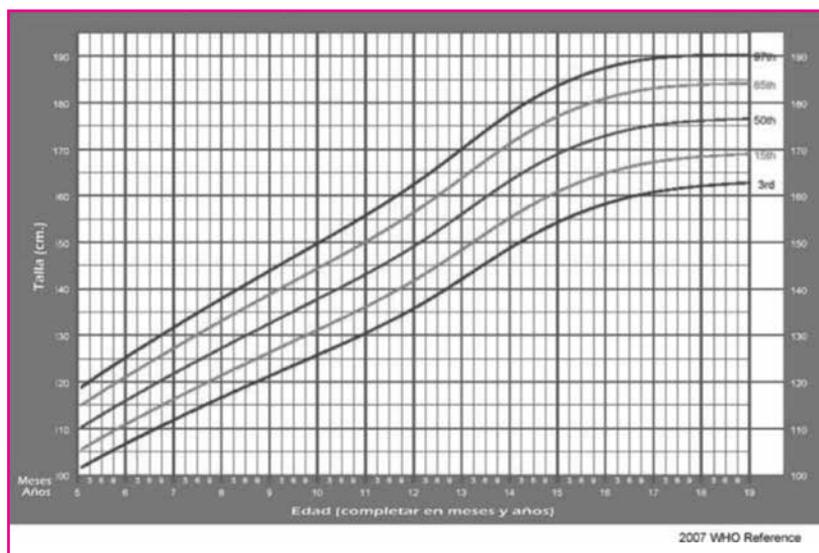
INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

GRÁFICAS DE TALLA

TALLA/EDAD NIÑAS
5 a 19 años (percentiles)



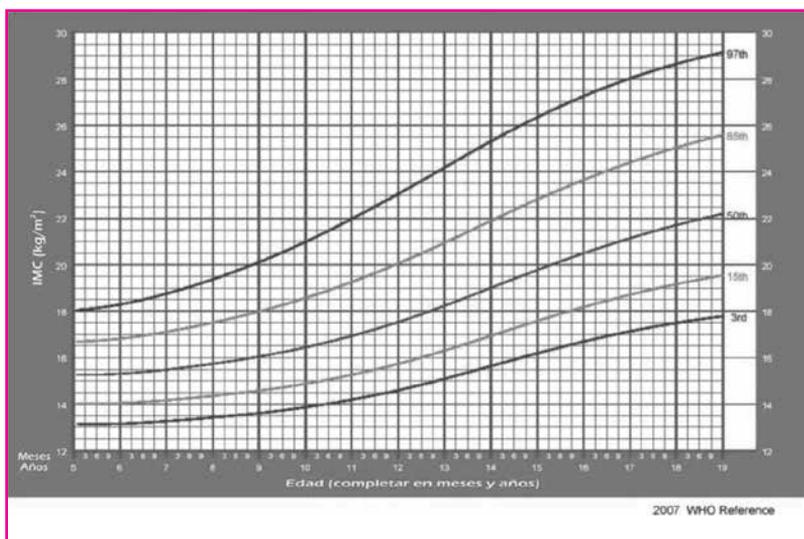
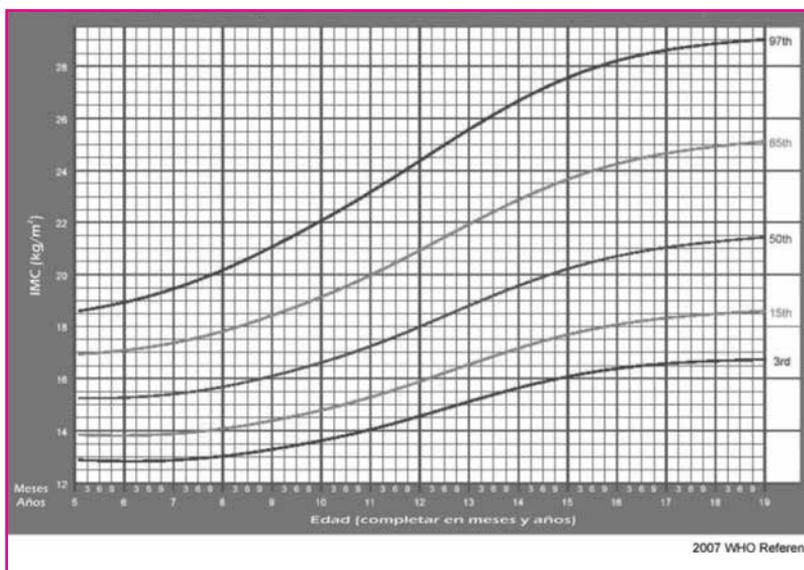
TALLA/EDAD NIÑOS
5 a 19 años (percentiles)



GRÁFICAS DE IMC

IMC/EDAD NIÑOS

5 a 19 años (percentiles)



TABLAS DE PA

VALORES DE TENSIÓN ARTERIAL PARA NIÑOS POR PERCENTILES DE EDAD Y PESO

NIVELES DE PA PARA VARONES SEGÚN EDAD Y PERCENTIL DE ALTURA.															
Edad (años)	Percentil de PA	PAS, mm Hg					PAD, mm Hg								
		Percentil de talla					Percentil de talla								
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	50	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	50	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	50	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50	104	105	106	109	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50	106	107	103	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

VALORES DE TENSIÓN ARTERIAL PARA NIÑAS POR PERCENTILES DE EDAD Y PESO

NIVELES DE PA PARA NIÑAS SEGÚN EDAD Y PERCENTIL DE ALTURA.															
Edad (años)	Percentil de PA	PAS, mm Hg						PAD, mm Hg							
		Percentil de talla						Percentil de talla							
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	90
	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	50	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	6	62	63	63
	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	131	86	86	87	88	88	89	90
13	50	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	67	67	68
	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

TABLA DE REFERENCIA DE CIRCUNFERENCIA DE CINTURA

TABLA DE PERCENTIL DE CINTURA VARONES

Percentilo	10°	25°	50°	75°	90°
Edad					
10	57.0	59.8	63.3	69.2	78.0
11	58.7	61.7	65.4	71.7	81.4
12	60.5	63.5	67.4	74.3	84.8
13	62.2	65.4	69.5	76.8	88.2
14	63.9	67.2	71.5	79.4	91.6
15	65.6	69.1	73.5	81.9	95.0
16	67.4	70.9	75.6	84.5	98.4
17	69.1	72.8	77.6	87.0	101.8
18	70.8	74.6	79.6	89.6	105.2

TABLA DE PERCENTIL DE CINTURA MUJERES

Percentilo	10°	25°	50°	75°	90°
Edad					
10	56.3	58.6	62.8	68.7	76.6
11	57.9	60.3	64.8	71.1	79.7
12	59.5	62.0	66.7	73.5	82.7
13	61.0	63.7	68.7	75.9	85.8
14	62.6	65.4	70.6	78.3	88.8
15	64.2	67.1	72.6	80.7	91.9
16	65.7	68.8	74.6	83.1	94.9
17	67.3	70.5	76.5	85.5	98.0
18	68.9	72.2	78.5	87.9	101.0

- Medir circunferencia en borde superior de cresta iliaca
- Para los 19 años se toman los mismos valores que para los 18 años.

Fuente: adaptado de Fernandez, JR., Redden, DT., Pietrobelli, A., Allison, DB., J. Pediatr 2004; 145:439-44

VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA: 5 PASOS PARA VALORACIÓN Y TRIAGE. GUÍA PARA PROFESIONALES

Valoración del Riesgo Suicida: pasos para Evaluación y Triage

1-Identifique Factores de Riesgo

Tome en cuenta aquellos que pueden ser modificados para reducir el riesgo

2-Identifique Factores Protectores

Tome en cuenta aquellos que puedan ser potenciados para reducir el riesgo

3-Indague conducta suicida

Pensamientos suicidas, planes, comportamientos e intentos

4-Determine el Nivel de Riesgo/Intervención

Determine el riesgo. Elija la conducta apropiada para abordar y reducir el riesgo

5-Registre

Valoración del riesgo, justificación, intervención y seguimiento



La valoración del riesgo suicida debe hacerse en el primer contacto, ante cualquier comportamiento suicida subsecuente, el aumento de la ideación, o cualquier cambio clínico que lo amerite. Para pacientes internados: antes de cualquier cambio en el nivel de cuidados y previo al alta

1 - Factores de Riesgo

- **Comportamiento suicida:** historia de intentos previos, intentos de suicidio frustrados o comportamiento auto lesivo
- **Presencia o antecedentes de trastornos psiquiátricos:** especialmente Trastornos del Humor, Trastornos Psicóticos, Abuso de alcohol/sustancias, Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, Traumatismo intracraneal, Trastorno por Estrés Post Traumático, Trastornos de Personalidad del Grupo B (antisocial, borderline, narcisista, histriónica), trastornos de conducta (conductas antisociales, agresividad, impulsividad). La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad aumentan el riesgo. La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad aumentan el riesgo.
- **Síntomas clave:** anhedonia, impulsividad, desesperanza, ansiedad/pánico, insomnio, comando alucinatorio
- **Antecedentes Familiares:** de suicidio, intentos o trastornos psiquiátricos que hayan requerido hospitalización.

Factores precipitantes/estresores/vinculos:

eventos desencadenantes humillantes, vergonzosos, o desesperanzadores (por ej.: ruptura de relación, pérdida de estatus financiero o de salud, real o anticipado). Enfermedad médica en curso (especialmente trastornos del SNC, dolor). Disturbios familiares/caos. Historia de abuso físico o sexual. Aislamiento social.

- **Cambios en el Tratamiento:** alta de hospital psiquiátrico. Cambio en el proveedor de la atención.
- **Acceso a armas de fuego** u otros métodos potencialmente letales

2 - Factores Protectores

Los factores protectores, aún presentes, pueden no contrarrestar el riesgo agudo

- **Internos:** capacidad de afrontamiento del estrés, creencias religiosas, tolerancia a frustraciones
- **Externos:** responsabilidad por niños o mascotas queridas, relaciones terapéuticas positivas, soporte social

3 - Indagación de conducta suicida

Interrogatorio específico sobre pensamientos, planes, comportamientos, intencionalidad

- **Ideación:** frecuencia, intensidad, duración: en las últimas 48 hs., el último mes y en el peor momento
- **Plan:** momento, lugar, letalidad, disponibilidad, actos preparatorios
- **Comportamientos:** intentos anteriores, intentos frustrados, ensayos (probar nudos, cargar armas) versus conductas auto lesivas, no suicidas
- **Intencionalidad:** grado en que el paciente: 1) espera llevar a cabo el plan y 2) cree en la potencia del método: letalidad versus dano. Explorar ambivalencia: razones para morir versus razones para vivir.
- **En jóvenes:** preguntar a los padres/cuidadores sobre evidencias de pensamientos suicidas, planes o conductas, o cambios en el humor, comportamiento o disposición.
- **Indagar ideas homicidas:** cuando esté indicado, especialmente en trastornos del carácter u hombres paranoides lidiando con pérdidas o humillación. Indague en las 4 áreas listadas arriba.

4 - Nivel de Riesgo/Intervención

- La Evaluación del Nivel de Riesgo está basada en el juicio clínico, una vez completados los pasos 1 a 3
- Re valoración, en la medida que las circunstancias ambientales o del paciente cambien

NIVEL DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES	SUICIDALIDAD	POSIBLES INTERVENCIONES
ALTO	Trastornos Psiquiátricos con síntomas severos, o eventos agudos precipitantes; factores protectores no relevantes	Intento de suicidio potencialmente letal, o ideación persistente, con firme intención o ensayo suicida	La internación está generalmente indicada, salvo que un cambio significativo reduzca el riesgo. Tomar medidas de precaución para la conducta suicida
MODERADO	Múltiples factores de riesgo, pocos factores protectores	Ideación suicida con plan, pero no intento o comportamiento	La internación puede ser necesaria, dependiendo de los factores de riesgo. Desarrollar un plan para la crisis. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis
BAJO	Factores de riesgo modificables y fuertes factores protectores	Pensamientos de muerte, sin plan, intención o comportamiento	Derivación a tratamiento ambulatorio, reducción de síntomas. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis

[Este cuadro está previsto para representar un rango de niveles de riesgo e intervenciones, no para tomar determinaciones específicas]

5 - Registro

- **Registrar:** nivel de riesgo y justificación, plan de tratamiento a implementar/reducción del riesgo actual (p.e. lugar de atención, medicación, psicoterapia, contacto con referentes familiares, consulta); instrucciones respecto a armas de fuego, de ser necesario. Para jóvenes el plan de tratamiento debe incluir el rol de los padres/cuidadores.

Recursos de interés

Los usuarios tienen el derecho de recibir atención integral en salud mental por parte de su prestador de salud.

Último Recurso: Líneas de crisis:
 *VIVE (8483) gratis para Antel y Movistar
 095738483 las 24 horas ó 0800 (VIVE) 8483 de 19 a 23 horas

Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud Mental,
 Av 18 de Julio 1892, Montevideo.
 Contacto: saludmental@msp.gub.uy

Puede encontrar esta guía y otros materiales en:
www.msp.gub.uy y en:
<http://eva.universidad.edu.uy/mod/forum/discuss.php?id=81511&lang=es>

Esta guía ha sido traducida y adaptada de "Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage" (SAFE-T), basada en el trabajo de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), a cargo del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, Uruguay

www.msp.gub.uy



Valoración del Riesgo Suicida: 5 pasos para Evaluación y Triage

Guía para profesionales

Ministerio de Salud Pública
 Dirección General de la Salud
 División de Programación en Salud
 Programa Nacional de Salud Mental