

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
División de Promoción y Protección de la Salud
Programa de Familia y Población
Salud y Desarrollo de Adolescentes

Financiado por:
Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP),
Proyecto de Salud Reproductiva del Adolescente RLA/97/P11



RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Centro de Estudios de Población (CENEP)
Buenos Aires, Argentina

Con la colaboración de
Programa Materno Infantil
Sub-programa de Salud Integral del Adolescente
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

SERIE OPS/FNUAP NO. 2

Las solicitudes para reproducir o traducir total o parcialmente esta publicación deberán dirigirse a la Unidad de Salud de Adolescentes, División de Promoción y Protección de la Salud (HPP), Programa de Familia y Población, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd St., N.W., Washington, DC 20037, USA.

Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva

Copyright © 2000 Organización Panamericana de la Salud

Revisión de texto: *Francisca Infante* y *Dra. Matilde Maddaleno*

Diseño: *Sylvia Singleton*

Fotos de portada: *Dra. Matilde Maddaleno* y *Armando Waak, OPS*

AGRADECIMIENTOS

Esta iniciativa del Programa Regional de Salud del Adolescente de OPS/OMS realizada con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) resume las aspiraciones de los trabajadores y equipos de salud de Latinoamérica y el Caribe de contar con instrumentos de apoyo para el mejoramiento de la calidad de atención y promoción de la salud integral de los/as adolescentes desde los servicios de salud.

El documento es el resultado de un trabajo coordinado entre el Centro de Estudios de Población (CENEP) de Buenos Aires, el Sub-programa Salud Integral del Adolescente del Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/OPS) de Montevideo Uruguay. Los equipos de estas instituciones brindaron su experiencia en el campo de la salud integral de adolescentes y especialmente la sexual y reproductiva, facilitando la realización de reuniones de expertos, el apoyo bibliográfico y logístico.

Nuestro agradecimiento por el apoyo recibido al Lic. Martín Moreno Director del CENEP, Buenos Aires, al Dr. Raúl Mercer Coordinador del Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires, al Dr. José Belizán Director del CLAP y a todos los que de una manera u otra colaboraron durante el proceso.

Comisión redactora

Lic. Silvia R. Franco

*Licenciada en Psicología, Diplomada en Salud Pública
Responsable del Sub-programa Salud Integral del Adolescente
Programa Materno Infantil, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires*

Dra. Cristina Lammers

*Médica Ginecóloga y Obstetra
Master en Salud Pública
Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP OPS/OMS)
Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay*

Dra. Ximena Luengo

*Médica
Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA)
Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago Chile*

Dra. Marta Arrascaeta

*Médica Tocoginecóloga
Sociedad Argentina de Ginecología Infanto
Juvenil, Filial La Plata.
Hospital Ricardo Gutiérrez. La Plata
Provincia de Buenos Aires Argentina*

Dra. Cristina Catsicaris

*Médica Pediatra
Comité de Estudios Permanentes del Adolescente
Sociedad Argentina de Pediatría Buenos Aires
Argentina*

Dr. José Luis Franceschi

*Médico Pediatra
Comité de Adolescencia, Sociedad Argentina de
Pediatría Filial La Plata. Argentina*

Dr. Pablo González Aguilar

*Médico Pediatra
Comité de Adolescencia. Sociedad Argentina de
Pediatría Filial Mar del Plata.
Hospital Privado de la Comunidad. Mar del Plata
Provincia de Buenos Aires. Argentina*

Obst. María del Carmen Iglesias

*Obstétrica
Programa Materno Infantil. Región Sanitaria V
Centro de Salud UFO Municipalidad de San
Miguel
Provincia de Buenos Aires Argentina*

Dr. Norberto Rodríguez

*Médico Tocoginecólogo
Hospital Oñativia Municipalidad de Almirante
Brown
Provincia de Buenos Aires Argentina*

Obst. Raquel Salomone

*Obstétrica
Programa Materno Infantil. Región Sanitaria VII B
Municipalidad de La Matanza
Provincia de Buenos Aires Argentina*

Lic. Susana Báez

*Licenciada en Servicio Social
Hospital Evita. Municipalidad de Lanús
Provincia de Buenos Aires Argentina*

Obst. María Josefa Farinato

*Obstétrica
Programa Materno Infantil Región Sanitaria VI
Municipalidad de Lanús
Provincia de Buenos Aires Argentina*

Dra. Alejandra Giurgiovich

*Médica Tocoginecóloga
Hospital Evita Pueblo, Municipalidad de
Berazategui Provincia de Buenos Aires. Argentina*

Dra. María del Carmen Hiebra

*Médica Pediatra
Comité de Estudios Permanentes del Adolescente
Sociedad Argentina de Pediatría
Buenos Aires Argentina*

Dra. Dora Pagliuca

*Médica Pediatra
Comité de Estudios Permanentes del Adolescente
Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires.
Hospital Gral. Belgrano
Provincia de Buenos Aires Argentina*

Dra. Anahí Rubinstein

*Médica Ginecóloga Infanto-Juvenil
Sociedad Argentina de Ginecología Infanto
Juvenil
Filial La Plata.
Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata
Provincia de Buenos Aires Argentina*

Dra. Enriqueta Sileo

*Médica Pediatra
Servicio de Medicina del Adolescente. Facultad
de Medicina. Universidad Central de Venezuela
Hospital de Niños J. M de los Ríos
Caracas Venezuela*

Prof. Dr. Ernesto Succi
Médico Internista, Doctor en Medicina
Unidade Clínica de Adolescentes. Núcleo de
Estudios de Saúde Adolescente (NESA)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro Brasil

Con la colaboración de:

Dra. Olaya Fernández
Odontóloga
Jefa del Departamento de Odontología,
Ministerio de Salud, Chile

Srta. Electra González Araya
Asistente Social
Profesor Asistente Facultad de Medicina,
Universidad de Chile
Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo
Integral del Adolescente (CEMERA)

Dra. Irene Intebi
Médica Psiquiatra, Licenciada en Psicología
Programa de Asistencia del Maltrato Infantil
Gobierno de Buenos Aires, Argentina.
Miembro del Comité Ejecutivo de International
Society for the Prevention of Child Abuse and
Neglect

Dr. Alejandro Morlachetti
Abogado, Master en Derecho Internacional
Consultor del Programa Materno Infantil de la
Provincia de Buenos Aires Argentina

Dr. Jorge Sandoval Zamorano
Médico Cirujano Gineco-Obstetra
Especialista en Ginecología Infanto Juvenil
Fellow International

Sra. Genoveva Figueroa
Matrona (Obstetrix)
Académico Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Encargado Programa Adolescente Consultorio
Quinta Bella

Lic. Cecile Herscovici
Licenciada en Psicología
Buenos Aires, Argentina

Mg. Liliana La Rosa Huertas
Licenciada en Enfermería
Magister en Políticas Públicas
Sociedad Peruana de Adolescencia y
Juventud
Lima Perú

Prof. Dr. Ramiro Molina Cartes
Médico Cirujano Gineco-Obstetra
Master en Salud Pública
Director del Centro de Medicina Reproductiva
y Desarrollo Integral del Adolescente
(CEMERA)
Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
Santiago Chile

Equipo de revisores

Dra. Elizabeth Balassa. *Argentina*
Dr. Solum Donas Burak, *OPS/OMS*
Dra. Verónica Gaete. *Chile*
Dra. Adriana Hansen. *Argentina*
Lic. Dina Krauskopf. *Costa Rica*
Dr. José María Méndez Ribas, *Argentina*
Dr. Tomás Silber. *USA*
Dr. Rodrigo Vera Godoy. *FNUAP*

Dra. Ana Coll. *Argentina*
Dra. Ana María Dussaubat. *OPS/OMS*
Lic. Francisca Infante. *OPS/OMS*
Dra. Matilde Maddaleno. *OPS/OMS*
Lic. Silvia Necchi. *Argentina*
Lic. Georg Unger. *Chile*
Lic. Katherine Weaver. *OPS/OMS*

Directoras del proyecto

Dra. Matilde Maddaleno
Médica, Master en Salud Pública
Asesora Regional en Salud del Adolescente OPS/OMS

Lic. Katherine Weaver
Master en Salud Pública
Consultora del Programa Regional de Salud del Adolescente OPS/OMS

Índice

Prefacio	7
Introducción	8
Servicios de salud para los/as adolescentes	11
Entrevista y examen físico-genital de los/as adolescentes	18
Recomendaciones para la consulta preventiva	25
<i>Educación para la salud</i>	26
<i>Vacunación</i>	34
<i>Detección de riesgos y factores de protección</i>	35
Anticoncepción	49
Embarazo	57
Recomendaciones para la atención de los principales problemas de salud	60
<i>Trastornos menstruales</i>	60
<i>Infecciones genitales</i>	68
<i>Enfermedades de los testículos y del escroto</i>	81
<i>Alteraciones del desarrollo y la maduración</i>	83
<i>Disfunciones sexuales</i>	89
<i>Adolescentes con orientación sexual diferente</i>	89
<i>Abuso sexual y violación</i>	90
<i>Alteraciones en el resultado del PAP</i>	91
<i>Salud mental</i>	93
<i>Trastornos nutricionales</i>	97
<i>Alteraciones de la piel y las faneras</i>	104
<i>Problemas de salud de los niños de la calle</i>	105
Bibliografía	107

□ Prefacio

La salud de los adolescentes (10 a 19 años) y los jóvenes (15 a 24 años) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en las políticas públicas ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada.

La adolescencia es un periodo formativo crucial que moldea la forma en que los niños y las niñas vivirán sus años adultos, no sólo con relación a su salud sexual y reproductiva, sino también en su vida productiva social y económica. Por esta razón, la Unidad de Salud del Adolescente, que pertenece a la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), busca promover la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe bajo una perspectiva de género, en el contexto de la familia y el entorno de los y las adolescentes.

La Unidad de Salud de Adolescentes recibió el apoyo del Proyecto de Salud Reproductiva del Adolescente RLA/97/P11 del Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), que tuvo los siguientes objetivos: 1) evaluar el plan de acción de salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y reproductiva; 2) adaptar y probar los lineamientos de evaluación en los ministerios de salud de la Región; 3) diseñar, validar, publicar y diseminar un marco conceptual de salud sexual y reproductiva de adolescentes; 4) capacitar a profesionales de salud en abogacía; 5) diseñar, probar, publicar y diseminar lineamientos y normas clínicas de salud sexual y reproductiva de adolescentes; 6) reforzar la colaboración entre el sistema de salud y los medios de comunicación a través de un manual de abogacía; y 7) mejorar el sistema de información sobre salud juvenil mediante el diseño de una base de datos de salud reproductiva en adolescentes.

Este es el segundo documento de la serie OPS/FNUAP en salud sexual y reproductiva de adolescentes. A través de esta serie pretendemos compartir las lecciones aprendidas en el proyecto conjunto y diseminar los productos realizados. Este documento contiene las recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. No pretende dar normas y estándares rígidos, sino recomendaciones para ser adoptadas y adaptadas por los países, las regiones y las localidades de acuerdo a su realidad y recursos, desarrollando sus propias normas y estándares. Para tal fin, se adjuntan las recomendaciones en un disquete, grabadas en formato Microsoft Word.

Sabemos que un importante número de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe no tiene acceso a servicios de salud, y que en aquellos que sí lo tienen la calidad de la atención debe mejorar para hacerlos más accesibles y de alta calidad técnica. El esfuerzo conjunto de OPS y FNUAP pretende mejorar esta situación y ofrecer una herramienta para mejorar la calidad de la atención de salud para este grupo etéreo, contribuyendo así a la mejoría de su salud integral, incluyendo la salud sexual y reproductiva.

Numerosas conferencias internacionales han enfatizado la importancia de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Es necesario que este consenso culmine en la acción para que los adolescentes y jóvenes puedan desarrollar todas sus potencialidades en beneficio de su sociedad.

Dra. Matilde Maddaleno, Asesora Regional
Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes
OPS/OMS
Diciembre 2000

□ Introducción

□ Situación de salud de los/as adolescentes

Los/as adolescentes y jóvenes representan un número cada vez más importante de la población de América Latina y el Caribe: aproximadamente 160 millones en el año 2000. El porcentaje de la población por debajo de los 15 años varía del 28% en Uruguay al 48% en Honduras; y la población de mujeres entre 15 y 19 años es de aproximadamente 23 millones, lo que corresponde al 25% de las mujeres en edad reproductiva. El mayor porcentaje de adolescentes y jóvenes se concentra en zonas urbanas y en los países con mayores necesidades y menos desarrollo económico de la Región¹.

El incremento de la urbanización², pauperización e inequidad que ha vivido la Región en la última década aumentó considerablemente la vulnerabilidad de los/as adolescentes y jóvenes. La cultura urbana de la desigualdad se asocia al crecimiento de la violencia social e intrafamiliar, el tráfico de drogas, el trabajo infantil, la desocupación de los jóvenes y de los jefes de hogar, nuevos modelos de familia, muchos de ellos con jefe de hogar mujer, sumado a antiguos estereotipos de género y la ruptura de los lazos sociales solidarios. Los medios de comunicación compiten en la capacidad de socialización con la escuela y la familia, proponiendo modelos de rápido éxito social y económico, que pretenden integrar a los/as adolescentes y jóvenes un mercado de consumo acrítico. Como a su vez durante la adolescencia se incrementan las necesidades de experimentación del entorno, aparecen conductas de riesgo que pueden comprometer aún más su salud y desarrollo. Tal es el caso del consumo de tabaco, alcohol y drogas, las lesiones por causas externas, las relaciones sexuales sin protección, lo que sumado a las situaciones de abuso físico y sexual resultan con frecuencia no sólo embarazos no deseados sino también infecciones de transmisión sexual y VIH³.

Las tasas de fertilidad para la edad comprendida entre los 15 a 19 años varían entre 56 embarazos cada 1000 nacidos vivos en Chile hasta 149 en Nicaragua. Con relación al abuso físico y sexual, en una investigación realizada en el Caribe un/a adolescente de cada cinco reportó haber sido abusados/as físicamente y uno/a de cada ocho abusados sexualmente⁴. Las cifras obtenidas en investigaciones norteamericanas y europeas señalan que el 20% de las mujeres y alrededor del 5 al 10% de los varones han sido víctimas de abuso sexual en la infancia⁵.

Los trastornos mentales, como la depresión, el intento de suicidio, el abuso de alcohol y otras sustancias tienen una alta prevalencia entre los/as adolescentes y en algunos países el riesgo de suicidio está aumentando. El inicio del consumo de drogas ocurre durante la adolescencia temprana, en Bolivia entre los 12 y 17 años. El alcohol es la droga de mayor consumo entre los/as adolescentes. En Chile lo hacen el 24% de los/as adolescentes entre 12 y 18 años y el 50% de los jóvenes entre 19 y 25 años. De ellos el 24% pueden ser considerados bebedores problema. En Estados Unidos el 80% de los/as adolescentes consumen alcohol a los 18 años. El abuso de alcohol se asocia con las lesiones por causas externas, particularmente lesiones de tránsito, que es la principal causa de muerte en los/as adolescentes en la mayoría de los países de la Región. El consumo de tabaco que tiene también una alta prevalencia entre los/as adolescentes de la Región y que es considerado la puerta de entrada al consumo de otras drogas y el mayor responsable de las muertes por enfermedades cardiovasculares. Los países con tasas más altas de consumo de tabaco son Perú con 57% de adolescentes fumadores entre los 15 y 19 años y Cuba con el 41%. El consumo de alcohol, tabaco y drogas que eran hábitos principalmente masculinos, están pasando a ser femeninos en los países en desarrollo⁶.

El peso de los/as adolescentes y jóvenes en la población general y el aumento de riesgo y vulnerabilidad social que presenta la cultura de comienzo de siglo para ellos/as, genera a los servicios de salud la necesidad de abrir espacios de intervención preventiva y clínica de calidad que contemple sus necesidades de este grupo de edad desde la perspectiva de género, ya que muchos de los riesgos para la salud de los/as adolescentes pueden asociarse a estereotipos de género.

□ ¿Por qué recomendaciones?

Si bien las **normas clínicas** sistematizan las prácticas de los servicios de salud para ayudar a decidir al trabajador de salud junto con el/la adolescente, cuál es la atención requerida en cada circunstancia específica, en este documento no se ha pretendido generar normativas sino aportar **recomendaciones para la atención integral de salud de los/as adolescentes**. Esto se explica por de la variedad de los servicios disponibles y la diversidad cultural de los/as adolescentes de la Región que hace necesario las adaptaciones locales.

Se espera por ello que sean consideradas con criterio de flexibilidad, **debiendo adaptarse a la complejidad de los servicios de salud en los niveles locales y nacionales**, acorde a la capacidad de los recursos humanos, equipamiento y planta física de cada servicio y manteniendo los criterios de calidad que siempre debieran incluir la perspectiva de los/as adolescentes y la calidad de la interacción que se establece entre ellos/as y el trabajador de salud.

Se trata de una recopilación de criterios que pueden ayudar a enriquecer la experiencia del trabajador de salud, para orientar su tarea en el servicio de salud **desde el marco de la prevención clínica**, incluyendo el enfoque de protección, vulnerabilidad y riesgo.

Las recomendaciones para la atención integral de salud de adolescentes son revisiones y adaptaciones de algunas de las normas existentes en los países de las Américas a las que se tuvo acceso, como las de Argentina, Brasil Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador y las Guías de Servicios Preventivos para Adolescentes (Guidelines for Adolescent Preventive Services—GAPS) de la Asociación Médica Norteamericana, Departamento de Salud de Adolescentes.

Se elaboraron sobre la base de las **condiciones mínimas indispensables para una atención de calidad en servicios de salud del primer nivel de atención, realizada por un equipo o un trabajador de salud con una visión interdisciplinaria** y habilidad para escuchar a los/as adolescentes y facilitar su participación en la toma de decisiones. Por lo tanto es probable que en los servicios hospitalarios, las recomendaciones para una atención integral de los/as adolescentes deban tener mayor exigencia, por la calidad de la demanda que reciben de los/as jóvenes que los convierten en servicios de referencia.

Las recomendaciones se inscriben dentro del **Plan de Acción del Programa Regional de Salud de Adolescente de OPS/OMS** que cuenta con cuatro áreas principales para el logro de mejores condiciones de desarrollo y salud para los/as adolescentes y jóvenes:

1. La salud de los/as adolescentes, con énfasis en la calidad de la atención en los servicios de salud, incluyendo acciones de educación para la salud y consejería.
2. La promoción de futuros saludables para los/as adolescentes, centrado en los/as pre-adolescentes en la escuela.
3. El énfasis en el desarrollo y la promoción de la salud de los/as adolescentes.
4. Los/as adolescentes como agentes de cambio en su familia, comunidad y sociedad, centrado en actividades de participación y empoderamiento.

Si bien la adolescencia no puede definirse sólo por la edad, para una mayor precisión este documento **se refiere a varones y mujeres entre 10 y 19 años**. Pero es necesario tener presente que en los últimos años se ha evidenciado el inicio más temprano de la pubertad y una prolongación en el tiempo necesario, para alcanzar indicadores de del fin de la etapa, como la autonomía emocional de la familia de origen.

□ Marco conceptual

En este documento se considera a la salud como un **proceso construido socialmente**. Por lo tanto se reconoce al medio social como la trama de lo que les ocurre a los/as adolescentes, en el contexto cultural determinado donde viven, abandonando el criterio que le confería el carácter de mero un condicionante más de la salud. Deja por lo tanto de pensar a la salud en relación exclusiva con los estilos de vida, para incluir aspectos del ambiente que se transforman en requisitos para el desarrollo humano, como la paz, la educación, la alimentación, el trabajo, la recreación y la justicia a través de la participación activa.

Dentro la perspectiva social se destaca el **enfoque de género**, como una manera de analizar los problemas de salud y desarrollo, con relación al modo en que los/as adolescentes varones y mujeres construyen su identidad sexual y pueden ejercer autonomía para tomar decisiones, a partir de sus valoraciones diferenciadas sobre los sexos. De acuerdo a este enfoque es posible abordar la equidad de género como un aspecto a trabajar en los servicios de salud, ya que por ser un componente de la cultura es flexible y sujeto a transformación.

Se considera a la salud como **un derecho de ciudadanía** de los/as adolescentes y propone a los trabajadores de la salud abogar por los derechos de los/as adolescentes al desarrollo humano en todos los ámbitos comunitarios en que se desenvuelven, aumentando la vigilancia de la comunidad hacia situaciones de inequidad y violación.

Propone también un cambio de perspectiva, al partir de un **enfoque centrado en los/as adolescentes sanos/as, sus derechos, capacidades y necesidades básicas de aprendizaje para el autocuidado de su salud**. Considera que en la salud intervienen no sólo las acciones de cuidado que realizan los servicios de salud, sino también y en igual medida, las acciones de **autocuidado/cuidado mutuo** que realizan los/as adolescentes, a partir de las informaciones y apoyo que obtienen de su red social y que resultan sustantivas a la hora de tomar decisiones respecto de su propia salud y la de los demás. Este enfoque reivindica las acciones de auto-ayuda y autocuidado, como un auténtico cambio que democratiza el poder de los profesionales y los expertos, propiciando intervenciones de donde sea posible el empoderamiento y fortalecimiento de la autonomía de los/as adolescentes. Traslada el énfasis al protagonismo de los/as adolescentes en el desarrollo de su propio bienestar; en la influencia de los factores culturales, contextuales y personales; vinculando la calidad de vida con los aprendizajes que facilitan el autocuidado en términos de competencias para la vida, para el establecimiento de relaciones humanizadas y la participación.

□ Propósito

Es el propósito de estas recomendaciones contribuir al desarrollo integral de los/as adolescentes de la Región, mediante el mejoramiento de la calidad de atención de los servicios de salud del primer nivel, orientándolos hacia la prevención clínica y atención de salud sexual y reproductiva de varones y mujeres con enfoque de género.

❑ Objetivos

1. **Proponer al trabajador** y/o equipo interdisciplinario de salud del primer nivel de atención, una guía de prácticas para adecuar el servicio a la prevención y atención integral de los/as adolescentes, poniendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género.
2. Procurar que los/as adolescentes satisfagan con criterio de calidad sus necesidades de cuidado, autocuidado/ cuidado mutuo de salud en los servicios del primer nivel de atención.
3. Promover que los/as adolescentes reciban intervenciones preventivas y atención clínica que promuevan su desarrollo integral, mediante la articulación de una red de servicios de salud y en una red intersectorial de la comunidad.
4. Fomentar que en los tres niveles de atención de salud se aseguren las condiciones básicas de atención de adolescentes, como el derecho a la salud integral, la promoción de la autonomía, el consentimiento, la confidencialidad y la no-discriminación.
5. Servir de apoyo a la capacitación de los trabajadores de salud que atienden adolescentes facilitando el intercambio de experiencias y reflexiones sobre su práctica cotidiana.

❑ Servicios de salud para los/as adolescentes

❑ Servicios de salud amigos de los/as adolescentes

El Comité sobre Programación en Salud de Adolescentes formado entre las agencias internacionales de cooperación técnica OPS/OMS, UNICEF y FNUAP recomienda la organización de **servicios de salud amigos de los/as adolescentes**, con énfasis en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Los servicios de salud amigos de los/as adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, **siendo agradables** a los/as adolescentes y sus familias ya sea **por el vínculo** que se establece entre los/as usuarios/as y el trabajador de salud y/o **por la calidad de sus intervenciones**.

Un servicio de salud amigo de los/as adolescentes:

1. Brinda atención integral de la salud en los aspectos bio-psicosociales y de aprendizaje para el autocuidado/cuidado mutuo de la salud.
2. Está organizado cubriendo las áreas de Admisión, Enfermería, Medicina, Salud Mental, Trabajo Social y Odontología acorde a sus posibilidades de espacio físico y recursos humanos.
3. Respeta el motivo de consulta por la que el/la adolescente concurrió al servicio como puerta de entrada, ofreciéndole alternativas para su resolución integral con la participación de las otras disciplinas y/o servicios de salud.

Características	¿Cómo lograrlo?
Accesibles geográficamente	Instalados en el primer nivel de atención, o en lugares no convencionales como clubes, escuelas u organizaciones juveniles y religiosas.
Accesibles en horarios	Horarios flexibles, acordes a las necesidades de los/as adolescentes.
Accesibles económicamente	Servicios gratuitos o accesibles
Accesibles culturalmente.	Adaptados a la edad, desarrollo y los gustos de los/as adolescentes en la cordialidad del trato, ambientación, en el perfil de los trabajadores de la salud. Esta adaptación debiera hacerse con la participación de los/as adolescentes usuarios/as. Adaptados a la cultura local en el lenguaje y preferencias.
Confidenciales	Normas claras de confidencialidad para los/as adolescentes y sus padres/madres, expuestas en el servicio. Evitando la concurrencia de adolescentes a servicios de planificación familiar para adultos/as, donde puedan ser identificados/as.
Integrales	Atención preventiva y clínica de los aspectos bio-psicosociales y de aprendizaje. Articulados a una red de servicios e instituciones de la comunidad, como escuelas, clubes, organizaciones juveniles, religiosas, programas de empleo, recreación, etc.
Con enfoque de género	Servicios para varones y mujeres. Oferta de consejerías y grupos que permitan analizar y transformar la inequidad de género en la capacidad de decisión de adolescentes varones y mujeres sobre su salud, su sexualidad y su desarrollo. Con permanente reflexión de los trabajadores de salud sobre los estereotipos de género que ellos sostienen y que se pueden sostener la inequidad entre varones y mujeres a través de sus prácticas.
Con intervenciones sustentables	Articulados con proyectos preventivos ya conocidos por la comunidad. Con propuestas autogestionadas por la comunidad.
Con capacitación permanente	Capacitación en servicio sobre la base de casos concretos, interdisciplinaria, con propuestas de mejoramiento de la calidad de atención que incluya el análisis de la perspectiva socio-emocional de los/as adolescentes y los trabajadores de la salud.
Evaluables periódicamente	Con la participación de los/as adolescentes, sus padres/ madres y otros trabajadores de red de instituciones y organizaciones de la comunidad.

Intervenciones de los servicios de salud amigos de los/as adolescentes

Tipo de intervenciones	¿Cómo lograrlas?
Educación para la salud	Incorporando la evaluación y apoyo a los aprendizajes para el autocuidado/ cuidado mutuo de la salud a su práctica cotidiana, en vistas al mejoramiento de la calidad de vida, al desarrollo y a la adopción de estilos de vida saludables.
Salud integral, con énfasis en salud sexual y reproductiva	Actividades de prevención clínica que garanticen un control integral en salud y atención de la demanda en salud sexual y reproductiva para varones y mujeres, aún aquellos/as en circunstancias especiales, como adolescentes con enfermedades crónicas, chicos de la calle, entre otros. Abriendo las puertas al placer, la alegría de vivir, a amar, a la construcción de parejas.
Atención de patologías transmisibles locales	Protocolos adaptados localmente.
Atención de la emergencia	Articulados con una red de salud que garantice la prevención y asistencia de lesiones por causas externas, la emergencia y referencia en salud sexual y reproductiva de varones y mujeres.
Medicación	Incluyendo la suplementación alimentaria y disponibilidad de anticonceptivos.

Perfil del trabajador de salud que atiende a adolescentes

Si en el servicio de salud no es posible conformar **un equipo interdisciplinario**, el trabajador de la salud debiera tener capacidad para trabajar con adolescentes varones y mujeres desde **un enfoque integral**, articulando sus actividades con trabajadores de la salud de diferentes disciplinas de servicios de salud de su zona.

El enfoque integral se facilita con un formulario de **historia clínica integral** y hace posible que cualquier trabajador de salud sea una puerta de entrada al servicio.

1. **El/a trabajador/a social** cuando recibe la pregunta sobre derechos de paternidad o maltrato y realiza visitas comunitarias o a las familias en mayor riesgo.
2. **El/a psicólogo/a** que recibe la consulta por orientación vocacional o trastornos emocionales; e interviene con psicoterapias a nivel individual, grupal y familiar.
3. **El/a médico/a o enfermero/a** que recibe la consulta de control en salud para la escuela; o para la práctica de deportes, o la demanda de un problema de salud.
4. **La obstétrica/matrona/obstetrix** que recibe la demanda de atención de un probable embarazo.
5. **El/a odontólogo/a**, que recibe la demanda de los problemas bucales, o realiza el control escolar e interviene en la reparación de problemas odontológicos.
6. **El/a educador/a** que recibe la demanda en consejería e interviene en las dificultades en la escuela.
7. **El/a promotor/a de salud** que acerca las intervenciones del servicio a la comunidad.

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

Competencias del trabajador de salud para adolescentes

- 1) Sostener una adecuada comunicación y eventual intermediación tanto con los/as adolescentes como con los/as padres/madres o adultos responsables.
- 2) Promover los derechos de los/as adolescentes dentro y fuera del servicio de salud.
- 3) Realizar una adecuada anamnesis y diagnóstico bio-psicosocial que incluya: evaluación del crecimiento, cálculo del percentilo de crecimiento, cálculo de interpretación de la velocidad de crecimiento y desarrollo puberal (según estadios de Tanner) examen físico completo, con estado nutricional (Índice de masa corporal) orquidometría y examen genital, evaluación del desarrollo psicosocial y cognitivo, relación con la familia, relación con los amigos, la escolaridad, factores de protección, vulnerabilidad y riesgo.
- 4) Hacer efectivas las siguientes intervenciones preventivas: evaluación de aprendizaje para el autocuidado/cuidado mutuo de la salud; consejerías y grupos de aprendizaje para adolescentes y padres/madres; vacunación; detección de riesgos, vulnerabilidad y factores de protección para la salud; atención de la demanda integral de salud con calidad, poniendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva, aún a adolescentes con necesidades específicas como adolescentes con enfermedades crónicas, chicos de la calle, entre otras.

Promover en la consulta:

- a) Autonomía para la toma de decisiones libres y responsables
 - b) Comunicación entre padres e hijos
 - c) Defensa de los derechos de los/as adolescentes
 - d) Fortalecimiento de la conciencia ciudadana y solidaria de los/as jóvenes
 - e) Escolarización y capacidad de construir de proyectos
 - f) Autoestima
 - g) Fortalecimiento de la actitud crítica frente a los medios masivos de comunicación
 - h) Sexualidad libre y responsable, independientemente de la orientación sexual
 - i) Hábitos saludables en la recreación.
 - j) Garantizar la confidencialidad.
 - k) Desarrollar su trabajo en el marco de consentimiento informado, negativa fundada.
 - l) Ejercer una actitud vigilante y crítica de su propio accionar con relación a las conductas discriminatorias, sobre situación social, raza, religión, orientación sexual y género
- 5) Tener capacidad para trascender los límites de su disciplina con una visión y práctica interdisciplinaria y transdisciplinaria, reconociendo y respetando la competencia de cada disciplina e interactuando con ella.
 - 6) Trabajar en coordinación con otras instituciones: en redes de servicios de salud, y redes intersectoriales con organizaciones de la comunidad, como la escuela, el club, organizaciones juveniles, recreativas, laborales, juzgados, entre otras.
 - 7) Abordar los aspectos relativos al género desde una perspectiva crítica y transformadora, teniendo especial cuidado en no reproducir, sobre la base de sus propias concepciones, estereotipos de género que dificulten el desarrollo y la salud de los/as adolescentes.

□ El modelo de servicios preventivos

Los servicios preventivos son aquellos que enfatizan la prevención clínica y la promoción del desarrollo humano entre sus intervenciones.

La perspectiva preventiva en la consulta implica transformar el modelo “curativo” de atención incluyendo medidas para la detección temprana de riesgos y/o vulnerabilidad de enfermedad o lesión, promoviendo el desarrollo humano, el placer y la alegría de vivir, amar, comunicarse y construir un medio ambiente saludable, mediante decisiones libres y responsables.

La prevención clínica de adolescentes implica:

- Evaluación de aprendizaje para el autocuidado/cuidado mutuo de la salud
- Consejerías y grupos de aprendizaje para adolescentes y padres/madres
- Vacunación
- Detección de riesgos/vulnerabilidad y factores de protección para la salud, que incluye la promoción del crecimiento y desarrollo integral y la resolución temprana de los riesgos
- Atención de la demanda integral de salud con calidad, poniendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva de varones y mujeres desde la perspectiva de género

El modelo de servicios preventivos para adolescentes sólo es posible mediante **una determinada organización y gestión del servicio de salud**, flexible, creativa, orientada a usuarios/as adolescentes, facilitando su participación activa y trabajo en equipo de los trabajadores de salud. Estas recomendaciones pueden ser utilizadas como **un instrumento para reflexionar sobre el tipo de organización y gestión del servicio**, a fin de centrarlo en las necesidades de los/as adolescentes.

La prevención clínica es aquel tipo de consulta donde el vínculo que se establece entre los/as adolescentes y el trabajador de salud, previene los daños de enfermar y morir y promueve la calidad de vida y el desarrollo humano

□ Redes de servicios de salud y redes intersectoriales

Los problemas de salud reconocen causas diversas e interactuantes y por lo tanto su resolución implica actuar sobre las diferentes circunstancias que rodean a los/as adolescentes y que están presentes en la comunidad en que viven con respuestas multifactoriales. No se pretende que los servicios de salud sean los que provean todas las intervenciones necesarias para los/as adolescentes, sino que articulen sus acciones con una red de servicios de salud y con las organizaciones de la comunidad como escuela, club, instituciones deportivas, recreativas, laborales, organizaciones juveniles, juzgados de menores y de familia, comunidades religiosas, entre otras, a fin de ampliar el abanico de propuestas.

Acciones de la red para adolescentes

Red de servicios de salud	Red de instituciones de la comunidad
Conocimiento de los trabajadores y/o equipo de salud capacitados y motivados con la atención de los/as adolescentes en servicios de atención secundaria y terciaria de la zona	Organización de una base de datos actualizada sobre las instituciones y organizaciones de la comunidad, sus acciones, su historia y los marcos conceptuales, horarios de atención y nombre de los que trabajan con adolescentes
Coordinación con servicios de atención secundaria y terciaria próximos, para garantizar la interconsulta, referencia y contra-referencia de los/as adolescentes	Construcción de un marco conceptual y metas comunes respecto a las necesidades de los/as adolescentes
Referencias e interconsultas personalizadas (con nombre del trabajador de salud y horarios de atención)	Difusión (por cartelera en sala de espera del servicio, afiches, etc.) de acciones de las instituciones de la comunidad, con nombre del referente y horarios claros de atención. Por ejemplo: bolsa de trabajo, números telefónicos de auto-ayuda (frente a intento de suicidio, maltrato y abuso físico, adicciones, etc.), instituciones de apoyo escolar, capacitación para el empleo, entre otras.
Búsqueda de una coordinación sustentable, que trascienda a las personas	Reuniones periódicas con los referentes de las instituciones para coordinar actividades y propuestas
Abogacía para apreciar las necesidades y respetar los derechos de los/as adolescentes	Reconocimiento y respeto por el campo, trayectoria y lógica de las instituciones y organizaciones de la comunidad
Capacitaciones e investigaciones conjuntas	Capacitaciones conjuntas
Promoción de: <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a un primer contacto con visión integral • Continuidad en la atención • Orientación comunitaria • Enfoque familiar • Adecuación cultural (en particular a la cultura de los/as adolescentes, de su familia y el entorno) • Confidencialidad de la consulta • Consentimiento de los/as adolescentes 	Comunicación conjunta a la comunidad de los servicios ofrecidos
	Consideración democrática de los liderazgos, compartiendo el poder para la toma de decisiones
	Promoción de la participación de los/as adolescentes en las actividades ofrecidas
	Evaluaciones conjuntas con participación directa de los/as adolescentes y sus padres/madres

□ Marco legal

La Convención de los Derechos del Niño generó un nuevo escenario para la salud en los/as niños/as y adolescentes y **se constituye en el principal instrumento de protección de las personas desde el nacimiento hasta la juventud.**

La Convención de los Derechos del Niño establece que:

"... todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad".

- a) **Tiene derecho a que se le provea ciertos bienes y servicios** (nacionalidad, nombre, salud, etc.)
- b) **Tiene derecho a ser protegido** de ciertos actos de crueldad (tortura, explotación, etc.)
- c) Tiene derecho a actuar, **tiene voz y debe participar en las decisiones que incidan en sus propias vidas.**

Las reformas de las constituciones de los países de Latinoamérica y el Caribe incluyeron con rango constitucional (de ley suprema de la nación) a la Convención de los Derechos del Niño y a todos los tratados y acuerdos sobre derechos humanos. Por lo tanto **los Tratados o Acuerdos entre los países son obligatorios** para los países que lo ratificaron. Pueden tener distintos nombres: Convención, Pacto, Tratado o Protocolo. Se relacionan con la salud de adolescentes:

- a) Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948
- b) Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976
- c) Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948
- d) Convención sobre los Derechos del Niño, 1990
- e) Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer, 1991

Las Declaraciones y Resoluciones de Naciones Unidas, no son obligatorias pero establecen líneas de acción.

- a) Cumbre Mundial a favor de la Infancia, 1990
- b) Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994
- c) Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Copenhague, 1995
- d) Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995
- e) Cumbre Mundial de la Tierra. Río de Janeiro, 1997

□ Entrevista y examen físico-genital de los/as adolescentes

La consulta de adolescentes es diferente a la consulta pediátrica o de adultos. Si bien el/la usuario/a del servicio es el/la adolescente, en ella el trabajador de la salud debe orientar la negociación entre dos personas con grados diversos de autonomía y poder: los/as adolescentes y sus padres/madres.

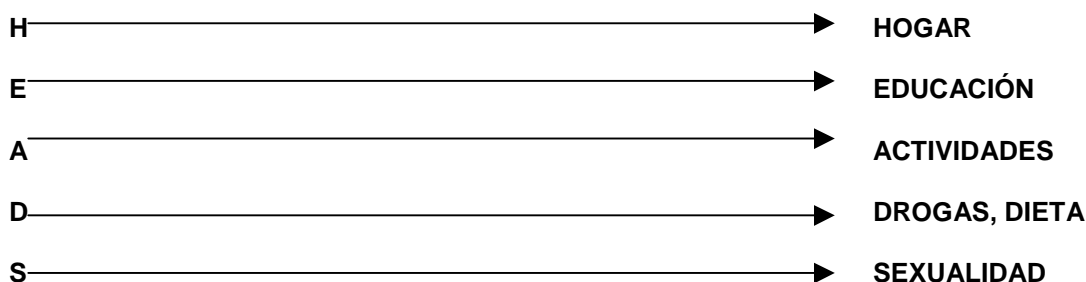
El/la adolescente puede consultar solo/a o acompañado/a (por sus padres, su novio/a o amigos/as) y es posible que los motivos de consulta no coincidan. Es necesario escuchar atentamente a todos y respetar las distintas percepciones del problema, a fin de satisfacer la demanda del/de la adolescentes y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

La anamnesis se realiza con tres fuentes principales de información: lo que relata el/la adolescente; lo que relatan sus padre/madre; la interacción entre el/la adolescente y sus padres.

La entrevista con el/la adolescente	La entrevista con los padres	La entrevista con el/la adolescente y sus padres
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistar al/a la adolescente solo/a al inicio de la consulta, permite que el/la adolescente aprecie que el interés profesional es hacia él/ella, que es merecedor/a de credibilidad en su relato y considerado como un ser diferente de sus padres. • El/ella puede plantear sus inquietudes libremente y trabajar en su responsabilidad en el cuidado de su salud. Se debe consultar con el/la adolescente si desea que sus padres estén presentes en el examen físico. Sólo los/as más pequeños desean compañía. • Es necesario tomar precauciones para que el examen genital de un/a adolescente por un trabajador de salud de otro sexo se realice en presencia de una tercera persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • El aporte de antecedentes personales y familiares y la historia psicosocial del/de la adolescente que traen los padres facilita el enfoque evolutivo y la visión de los entornos. • Si los/as padres/madres concurren a la consulta, es importante incluirlos en los momentos posteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> • La interacción del/de la adolescente y su padre/madre es un importante aporte diagnóstico y pronóstico. • La devolución debe estimular los aspectos positivos que se han percibido en la consulta, buscar la participación del/de la adolescente en la impresión diagnóstica y entregar herramientas para resolver los aspectos que interfieren con el desarrollo y que han sido identificados en la consulta. • Con los más pequeños/as será necesario involucrar a los padres en las indicaciones y recomendaciones, con los/as mayores promover el autocuidado / cuidado mutuo de la salud.

□ La integralidad en la entrevista

Tanto sea que el/la adolescente realice una consulta preventiva o demande atención de una patología, la entrevista debe abarcar todas las áreas y los entornos donde se desenvuelve la vida del/de la adolescente. Investigar sus antecedentes personales y familiares, estructura y vínculos en la familia, vivienda, educación, trabajo, vida social, hábitos de vida, sexualidad, situación psicoemocional y desarrollo cognitivo. Para recordar obtener información de todas las áreas en que se desenvuelve el/la adolescente, se puede utilizar un acrónimo, con la palabra **HEADS** que en inglés significa cabeza y cuyas iniciales coinciden con la primera letra de las áreas a investigar:



Es conveniente comenzar con preguntas generales hasta que el/la adolescente y el trabajador de la salud ganen confianza mutua. Abordar aspectos más delicados (como consumos, sexualidad) cuando la entrevista esté más avanzada, explicando el motivo por el que se necesita hacer esas preguntas.

Áreas	Preguntas
HOGAR	¿Cómo están las cosas en casa, con tus padres, tus hermanos? ¿Estás viviendo con tus dos padres en casa?
EDUCACIÓN	¿Cómo te está yendo en la escuela o el liceo? ¿Te gusta la escuela? ¿Te va mejor o peor que a tus compañeros? ¿Qué haces al salir de la escuela?
ACTIVIDADES	¿Qué otras cosas haces además de la escuela? ¿Tienes muchos amigos con quienes sales? ¿Qué te gusta hacer?
DROGAS, DIETAS	¿Hay problema de drogas en tu escuela? ¿Qué piensas de usar drogas, qué hacen tú y tus amigos con respecto a las drogas? ¿Te parece un problema? ¿Te preocupa tu peso y tu cuerpo? ¿Has estado haciendo dietas últimamente?
SEXUALIDAD	¿Tienes un novio/a o alguien con quien sales más? ¿Cómo son tus relaciones con esa pareja? ¿Qué piensas sobre tener las relaciones sexuales?

Acompañar la entrevista con un examen físico completo que incluya salud bucal, detección de escoliosis, agudeza visual y auditiva, examen de mamas, examen genital.

Si el trabajador de salud es psicólogo o trabajador social, deberá coordinar las referencias o interconsultas a fin de asegurar el examen físico-genital a todos/as los/as adolescentes, al menos una vez al año.

□ El consentimiento

- Explicar claramente a los/as adolescentes las conveniencias del tratamiento, sus aspectos favorables y desfavorables y las otras alternativas que existen al mismo.
- Recabar explícitamente la opinión de los/as adolescentes respecto del motivo de consulta y del posible tratamiento.
- La discordancia entre la percepción de los/as adolescentes sobre el motivo de consulta y el diagnóstico realizado por el trabajador de la salud, puede ser un diagnóstico en sí mismo.

Todos/as los/as adolescentes tienen derecho a dar opinión y consentimiento sobre el tratamiento e indicaciones que se le brinden en el servicio de salud

□ La confidencialidad

- La confidencialidad aumenta la posibilidad de que los/as adolescentes expongan sus necesidades, preocupaciones y pedidos de ayuda para afrontar problemas de salud como infecciones de transmisión sexual, anticoncepción, depresión, consumo de drogas, entre otros.
- Las normas deben ser claras tanto para los/as padres/madres como para los/as adolescentes.
- Exhibir las normas de confidencialidad del servicio mediante cartillas y/o afiches en la sala de espera. Esto actitud facilita la adhesión de padres/ madres y adolescentes.
- Debe garantizarse que **al menos una parte de la entrevista, se lleve a cabo a solas con el/la adolescente.**
- Aclarar que **el compromiso de confidencialidad no es recíproco**, sino sólo obligación del trabajador de salud. Debe alentarse al/a la adolescente a discutir los temas o situaciones que le preocupan y que fueron tratados en la consulta con su familia, a fin de obtener apoyo.
- El sistema de atención debe garantizar la solicitud de turnos, estudios, tratamientos por parte de los/as adolescentes sin romper la confidencialidad.
- Deben desalentarse las consultas de los/as padres/madres sin conocimiento de los/as adolescentes.
- Tener presente que la participación activa de los/as adolescentes no excluye a los/as padres/madres.

Mantener la confidencialidad con excepción de:

- Situaciones de riesgo inminente de vida para el adolescente o para terceros, por ejemplo intentos de suicidio, depresión severa, entre otros.
- Enfermedad mental que implique pérdida del sentido de realidad.
- Diagnóstico de enfermedad de gravedad, por ejemplo linfoma, infección por VIH/SIDA, etc.
- Embarazo.
- Drogodependencia.
- Otras situaciones condicionadas por normas legales vigentes de cada comunidad.

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

- Evaluar la posibilidad de postergar la información a los padres o adultos responsables hasta lograr el consentimiento del/de la adolescente.
- Comunicar al/a la adolescente la necesidad y conveniencia de informar a un adulto responsable de su cuidado sobre una determinada situación.
- Acordar con el/la adolescente la forma de hacerlo: con o sin participación del trabajador de salud, ámbito, momento, etc.
- Ofrecer un contacto previo con otro adulto referente, a elección del/de la adolescente.
- Realizar el seguimiento correspondiente, particularmente en los casos en que se presuma una reacción familiar violenta.

□ La historia clínica

La historia clínica es propiedad del/de la adolescente, por lo tanto lo que en ella se registre **tiene que estar en conocimiento y haber sido consensuado por él/ella**. Debe guardarse la confidencialidad de sus datos hacia otras personas.

La historia clínica facilita el registro y seguimiento de:

- Crecimiento expresado en la talla: talla normal, baja, alta.
- Desarrollo puberal, categoría de la maduración: promedio, adelanto o retardo.
- Condición nutricional: malnutrición en exceso (obesidad) o déficit (desnutrición)
- Desarrollo psicosocial y cognitivo.
- Inmunizaciones: completas o incompletas.
- Riesgo/ vulnerabilidad/ protección (de acuerdo al área: hogar, educación, actividades, consumo de sustancias, sexualidad, depresión, suicidio).
- Otros diagnósticos: de acuerdo a los hallazgos (escoliosis, infecciones de transmisión sexual, vicio de refracción, caries, etc.)

...La historia del adolescente con historia de salud sexual y reproductiva y el sistema informático del adolescente (CLAP OPS/OMS)

Si el servicio de salud ya dispone de un modelo de historia clínica, se sugiere analizar la capacidad que tiene ese formulario para relevar los aspectos integrales de la salud de los/as adolescentes, utilizando como indicadores las áreas que aborda la Historia del Adolescente (CLAP OPS/OMS).

Si el servicio de salud no tiene una historia clínica pautada, se recomienda el uso de la Historia del Adolescente (CLAP OPS/OMS), junto con el Formulario de Salud Sexual y Reproductiva ya que resultan instrumentos de garantía de calidad al contemplar

- a) Una visión integral del/ de la adolescente, cualquiera sea el motivo de consulta.
- b) Una visión interdisciplinaria, ya que se transforma en el material compartido por el equipo de salud, y a partir de acuerdos previos, donde cada trabajador de salud complementa la mirada de los demás.
- c) Una visión centrada en los/as adolescentes. Sólo se registran en ella las percepciones y los relatos de los/as adolescentes. Las discrepancias que el trabajador de salud encuentra entre la visión del/de la adolescente y la propia puede ser consignada en los espacios de Observaciones e integrar la impresión diagnóstica. La discrepancia misma puede ser objeto de diagnóstico.
- d) Una visión centrada en estrategias diferenciadas por riesgo. El color amarillo indica alerta, ya sea para nuevas preguntas o para estrategias diferenciadas, de interconsulta en el equipo o de referencia a servicios de mayor complejidad.

La Historia del Adolescente (CLAP/OPS) debe completarse con formularios adicionales cuando el trabajador de salud detecte una patología que requiere mayor especificidad, por ejemplo trastornos de la alimentación, consumo de drogas, etc.

Puede utilizarse junto con formularios autoadministrados que faciliten la autorreflexión del/de la adolescente sobre sus logros y necesidades psicosociales y de aprendizaje para el autocuidado/ cuidado mutuo de la salud.

- **Historia de Salud Sexual y Reproductiva** (CLAP-OPS/OMS), *recomendado para el registro y seguimiento de estos aspectos en el primer nivel de atención.*
- **Historia Clínica Perinatal** (CLAP-OPS/OMS), *recomendada para el control prenatal de la adolescente embarazada junto con el llenado de la Historia del Adolescente y el formulario de salud reproductiva.*

En la Publicación del CLAP/OPS N°1454 **Sistema Informático del Adolescente con Historia de Salud Sexual y Reproductiva** existen explicaciones claras sobre el llenado los formularios y el uso del Sistema Informático del Adolescente.

□ El examen físico-genital

...Examen físico de varones y mujeres

Incluir:

- Interrogatorio completo sobre el funcionamiento de aparatos y sistemas
- Las características del aspecto general del/ de la adolescente
- Peso, talla, medición de la presión arterial
- Examen de piel y mucosas, cabeza, cuello, cardiopulmonar, abdomen, bucodental, mamas, extremidades y examen neurológico
- Estadío de madurez sexual o estadío de Tanner
- Debe registrarse la curva de peso y de talla de cada adolescente
- Examen genital de varones y mujeres

...Examen genital de varones y mujeres

- Interrogatorio completo sobre él **debe realizarse siempre** pero se puede decidir posponerlo para una siguiente consulta cuando de la anamnesis resultara que no que no es urgente realizarlo en ese momento.
- Buscar un delicado equilibrio entre la no-agresión y la pérdida de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento de riesgos para la salud. Algunos/as adolescentes quieren reafirmar su normalidad y esperan ansiosos/as este examen, otros/as manifiestan pudor o temor a lo desconocido, por lo que puede ser conveniente posponerlo, esperando lograr una relación de mayor confianza.
- Realizar el examen con suavidad y paciencia, respetando su pudor y sus tiempos.
- Explicar a los/as adolescentes cada aspecto del examen, mostrándole los elementos a utilizar en el mismo (espéculo, orquidómetro).
- Si no iniciaron sus relaciones sexuales, son muy jóvenes y presentan riesgos que justifiquen el examen, por lo menos uno de sus padres debiera autorizar la maniobra.
- Cubrir a los/as adolescentes. No es preciso que estén totalmente desvestidos/as.
- Promover que los/as adolescentes participen activamente y colaboren con la exploración.
- Si los/as padres/madres que acompañan al/ a la adolescente esperan afuera, otro trabajador de la salud debiera estar presente durante la maniobra. Será una gran ayuda en las técnicas de exploración y para cubrir los aspectos éticos-legales, en particular cuando el trabajador de salud que realiza el examen es del otro sexo.
- Mientras se realiza el examen genital se debe enseñar a los/as adolescentes a realizar el autoexamen de testículo y de mama, explicando su importancia y utilidad.
- En las mujeres: Si es púber se la puede examinar en posición de "rana": con rodillas flexionadas y tocándose ambos pies por las plantas. Las más grandes pueden adoptar la posición ginecológica clásica.

Obstáculos para el examen genital de los/as adolescentes

¿Desde quiénes?	Causa probable
Desde los/as adolescentes tempranos/as y medios/as	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miedo a lo desconocido ▪ Miedo al dolor ▪ Experiencias de daño previo
Desde los/as adolescentes tardíos/as	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepción sexual, pudor ▪ Situaciones de abuso previo ▪ Miedo a lo desconocido, falta de confianza ▪ Miedo a que se descubra que ha iniciado las relaciones sexuales ▪ Miedo a ser juzgados/as
Desde los trabajadores de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertener a un sexo diferente del/de la adolescente ▪ Estereotipos de género sobre el rol de las mujeres y los varones ▪ Valoraciones negativas sobre la sexualidad de los/as adolescentes ▪ Dificultoso manejo de los/as padres/ madres en la consulta ▪ Lugar inapropiado ▪ Falta y/o inadecuado material ▪ Inexperiencia ▪ Dificultades en la comunicación con los/as adolescentes

¿Cómo realizar el examen genital de los/as adolescentes?

En adolescentes sin inicio de relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inspección genitales externos en varones y mujeres. ▪ Valoración tamaño del clítoris. ▪ Valoración del vello pubiano en varones y mujeres. ▪ Secreciones vaginales normales o anormales ▪ Himen: características, permeabilidad. ▪ Vagina: permeabilidad, malformaciones ▪ Examen mamario en el varón y la mujer. ▪ Examen del pene y del escroto. ▪ Tamaño testicular. ▪ Corrimiento uretral ▪ Lesiones perineales / genitales en varones y mujeres
En adolescentes con inicio de relaciones sexuales	<p>Además de lo expuesto anteriormente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tomas para citología oncológica cervical. ▪ Tomas para estudio de flujo, diagnóstico de ITS. ▪ Tomas uretrales para diagnóstico de ITS. ▪ Penoscopia para valoración infección por HPV y lesiones si es necesario. ▪ Colposcopia, ante PAP anormal. ▪ Inspección del cuello uterino y vagina con espéculo. ▪ Tacto vaginal.

¿Qué evaluar en el examen físico-genital de los/as adolescentes?

Crecimiento y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso, talla, índice de masa corporal, velocidad de crecimiento. ▪ Estado nutricional adecuado a la edad. ▪ Evolución puberal a través de la estadificación de Tanner (maduración de mamas y del vello púbico; tamaño testicular, características del escroto y del pene).
Exploración física general y en particular el abdomen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buscar masas palpables, palpar tiroides.
Regiones axilares e inguinales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buscar ganglios, hernias.
Valoración del efecto de esteroides sexuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trofismo, leucorrea. ▪ Piel: acné manchas, hipo-hipercromías. ▪ Actividad de glándulas apócrinas: sudor. ▪ Vello no sexual: distribución, características.
Examen de pene y escroto y ano	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesiones (vesículas, ulceraciones, condilomas) ▪ Corrimiento uretral ▪ Lesiones anales (cicatrices de desgarró, ulceraciones) ▪ Tumorción de testículo ▪ Varicocele, hidrocele ▪ Ausencia de testículo
Examen de la vulva y la vagina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Himen: permeabilidad y características del mismo. ▪ Permeabilidad vaginal. ▪ Toma de muestras para: cultivos de flujo, citologías, pericias (líquido seminal). ▪ Examen con espéculo: evaluación del conducto vaginal y del cuello del útero.
Tacto vaginal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palpación unidigital o bimanual
Tacto rectal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palpación rectoabdominal en el caso que sea necesario

...Toma de citología oncológica (Papanicolaou - PAP)

Se recomienda que todas adolescentes que inician sus relaciones sexuales (no importa la edad) y todas las adolescentes mayores de 18 años de edad (aunque no hayan iniciado relaciones sexuales) se realicen un PAP anual o con mayor frecuencia de acuerdo a los resultados obtenidos.

- a) Realizar una tarea educativa explicando para qué sirve el PAP, cuál es su importancia y las maniobras que se realizarán.
- b) La toma de exocervix se obtiene con espátula de madera (espátula de Ayre o similar).
- c) La toma de endocervical con citobrush (sólo un cuarto de vuelta) o con hisopo humedecido, o con varita de madera redonda, rotado en el canal.
- d) Aplicar todo en un portaobjetos.
- e) La fijación en alcohol 95% debe ser inmediata para evitar el desecado en las células o con spray fijador (utilizado en cosmética del cabello).
- f) Para que la toma sea satisfactoria se debe primero tratar el flujo y la adolescente debe guardar 48 horas de abstinencia sexual, evitando los lavados vaginales, uso de crema y óvulos.
- g) El PAP se debe repetir de acuerdo a la patología encontrada o a las características de riesgo de la adolescente.

□ Recomendaciones para la consulta preventiva

La consulta preventiva debe incluir la evaluación de tres aspectos prioritarios de prevención clínica: a) educación para la salud, b) vacunación, c) detección de riesgos y factores de protección. Puede realizarse en ocasión de la demanda por un problema específico de salud. En tal caso se incluirá la resolución del problema de salud, junto con los tres aspectos de la consulta preventiva.

Todos/as los/as adolescentes tienen derecho a recibir una consulta preventiva por lo menos una vez al año

Actividad de prevención clínica	Intervención del servicio de salud
Educación para la salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de aprendizajes para el autocuidado/cuidado mutuo ▪ Consejerías para adolescentes. ▪ Grupos de aprendizaje para adolescentes. ▪ Consejerías y grupos de aprendizaje para padres / madres.
Vacunación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de inmunizaciones ▪ Provisión de vacunas.
Evaluación de riesgos y protección	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de crecimiento y desarrollo integral ▪ Riesgo de obesidad y trastorno de la conducta alimentaria. ▪ Riesgo de hipertensión. ▪ Satisfacción y conflictos con la familia. ▪ Satisfacción y conflictos con la red social. ▪ Satisfacción y conflictos con la escuela. ▪ Satisfacción y conflictos con el trabajo. ▪ Satisfacción y conflictos con la sexualidad. ▪ Riesgo de embarazo, infección de transmisión sexual y VIH/SIDA. ▪ Riesgo de abuso sexual. ▪ Consumo de tabaco, alcohol y drogas. ▪ Riesgo de depresión y suicidio. ▪ Detección precoz de cáncer de cuello uterino. ▪ Detección de hiperlipidemias.

□ Educación para la salud

...Evaluación de aprendizajes para el autocuidado de la salud

Todos/as los/as adolescente tienen derecho a lograr aprendizaje que le faciliten el desarrollo integral y autocuidado de

En ocasión de la consulta preventiva anual, todos/as adolescentes deben recibir una evaluación y/o seguimiento de los aprendizajes logrados para el autocuidado/ cuidado mutuo de la salud. Para esto es necesario que el trabajador de la salud **elabore una encuesta, aplicable en la pre-consulta en forma autoadministrada**, o mediante una entrevista, por medio de la cual se pueda apreciar las necesidades de aprendizajes de ese/a adolescente.

Si de dicha evaluación surge que el/la adolescente requiere mayores aprendizajes deberá **indicarse una consejería o grupo de aprendizaje** para el autocuidado/ cuidado mutuo de salud. La consejería también puede ser solicitada por el/la adolescente mediante un turno anticipado.

Ejemplos de evaluación de aprendizaje para el autocuidado/ cuidado mutuo de la salud mediante formularios autoadministrados en la pre-consulta

Desarrollo

- Conocimiento de su desarrollo físico, psicosocial y cognitivo. Cambios normales esperables durante la adolescencia.
- Reconocimiento y aceptación de la autoimagen.
- Formas de prevenir comportamientos de riesgo asociados a la presión de sus pares o los medios de comunicación
- Capacidad crítica frente a los pares, adultos y medios de comunicación
- Derechos de los/as adolescentes y formas de garantizarlos
- Modos de lograr a partir de ellos/as mismos/as una fluida comunicación con sus padres, para acordar espacios saludables de recreación, horarios de salidas, conducción de vehículos, etc.

Sexualidad y afectividad

- Afectividad y sexualidad humana responsable y placentera.
- Roles sexuales, equidad en las relaciones de género, respeto por la diversidad.
- Anatomía y fisiología de los aparatos genitales del varón y la mujer.
- Ciclo menstrual de la mujer, días de ovulación, disfunciones.
- Autoerotismo como mecanismo de conocimiento de capacidades sexuales.
- Fisiología de la respuesta sexual humana en varones y mujeres.
- Higiene del aparato genital femenino y masculino.
- Autoexamen de mamas en las mujeres y de los genitales masculinos en los varones (considerando la edad y desarrollo).
- Prevención de la violencia y abuso sexual.
- Opciones anticonceptivas: uso efectivo, mecanismos de actuación, efectos colaterales.
- Embarazo en la adolescencia, factores de riesgo, control prenatal, parto y postparto.
- Significado de la maternidad/ paternidad en la adolescencia.
- Atención del recién nacido y acompañamiento del desarrollo infantil.
- Infecciones de transmisión sexual e infección por VIH/SIDA: formas de contagio, prevención y tratamiento.
- Mitos y creencias sobre cuidados de la sexualidad y afectividad: Higiene y ejercicio durante la menstruación, capacidad reproductiva en la primera relación sexual, coitos interrumpidos, efectos de la masturbación, efectos de los anticonceptivos.

Nutrición

- Necesidades nutricionales en la adolescencia de varones y mujeres en porciones de alimentos.
- Aumento del consumo de fibras a través de frutas y verduras.
- Disminución del consumo de grasas.
- Disminución del consumo de golosinas y meriendas.
- Riesgos asociados a la obesidad, disminución brusca de peso y beneficios de la disminución de peso controlada en obesos.
- Riesgo de controlar el peso mediante vómitos, laxantes o dietas estrictas.
- Factores de riesgo de la anorexia, bulimia y trastorno de la alimentación por atracones.

Actividad física

- Tipo de prácticas físicas beneficiosas y de riesgo.
- Uso de medidas de protección para la práctica deportiva o física de riesgo (tobilleras, protectores bucales, casco).
- Necesidad de continuidad en la práctica física y moderada.
- Riesgo de la asociación de práctica física con consumo de anabólicos esteroides, alcohol u otras drogas.

Ejemplos de evaluación de aprendizaje para el autocuidado/ cuidado mutuo de la salud mediante formularios autoadministrados en la pre-consulta

Consumo de tabaco, alcohol y drogas

- Nivel de adicción que provoca el tabaco, alcohol y otras drogas.
- Diferencias entre uso experimental y adicción
- Modos de evitar el consumo pasivo de tabaco.
- Modos de promover normas sociales contrarias al uso de tabaco, alcohol y drogas, incluidos anabólicos esteroides en la escuela, familia y pares.
- Consecuencias de los consumos en su vida de relación y sus aprendizajes, reducción de la capacidad atlética.
- Riesgo de embarazo e infección de transmisión sexual que genera la actividad sexual bajo los efectos del alcohol y/o otras drogas.

Lesiones por causas externas

- Legislación de tránsito para prevenir lesiones por causas externas.
- Normas de convivencia en la escuela e instituciones de la comunidad.
- Uso de casco para ciclismo, motociclismo, patinaje y patinetas.
- Uso de protectores bucales y medidas de seguridad en deportes.
- Responsabilidad al conducir vehículos.
- Relación entre lesiones y consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Riesgo de la portación de armas.

...Consejerías para adolescentes

La consejería es una consulta de educativa destinada a adolescentes varones y mujeres sanos/as que se ofrece en el servicio de salud en horarios diferenciados de la consulta médica o psicológica.

Los/as adolescentes pueden solicitar un turno para consejería cuando lo crean conveniente, sin necesidad de hacer previamente una consulta médica o psicológica. Puede ser también **una indicación** que hace el trabajador de salud al/ a la adolescente, **después de la evaluación de aprendizajes de autocuidado** de salud, realizada durante la consulta preventiva anual.

La consejería promueve un aprendizaje emocional, mediante la escucha atenta, el diálogo cálido, abierto a la expresión afectiva. Se diferencia claramente de un consejo y del acompañamiento psicoterapéutico.

Puede organizarse una consejería no sólo en servicios de salud, sino también **en otros entornos comunitarios** donde participan los/as adolescentes: escuelas, clubes, organizaciones juveniles, comunidades religiosas, entre otros.

Los/as adolescentes tienen derecho a disponer de información clara y actualizada que le ayude a comprender su desarrollo y a tomar decisiones para su salud

¿Quién realiza la consejería?

- Puede realizarla **cualquier trabajador de salud con entrenamiento**: enfermero/a, obstétrica/matrona/obstetiz, psicólogo/a, trabajador/a social o médico/a.

Duración

- Cada consejería requiere un **tiempo de 30 minutos** y la explicación al/a la adolescente que se respetarán las **reglas de confidencialidad**.
- Por lo general las consejerías son por única vez, no están previstas citas semanales como en un tratamiento psicológico.

Objetivo

- Que los/as adolescentes logren determinadas capacidades para la vida tales como discernimiento, empoderamiento para la toma de decisiones libres y responsables, capacidad de negociación, capacidad de interacción social, cómo hacer frente a la presión de los pares y construcción de su identidad.

Metodología

- a) Crear un ambiente cómodo de acercamiento y calidez para los/as adolescentes, evitando que exista un escritorio o camilla de por medio.
- b) Si el/la adolescente concurre a la consejería acompañando por su padre/madre, es necesario aclararles que se requiere mantener un diálogo con el/la adolescente a solas.
- c) Iniciar la consejería con el/la adolescente explicando el encuadre: reglas de confidencialidad, los 30 minutos de duración, objetivos.
- d) Preguntar sobre hábitos de vida del/de la adolescente, la relación que mantiene con su familia y con sus pares, incluida la escuela, la etapa de su desarrollo que está viviendo, para conocer el/la adolescente.
- e) Facilitar que el/la adolescente gane confianza con el trabajador de salud, antes de conversar sobre áreas más personales como la sexualidad y/o consumo de sustancias.
- f) Favorecer por medio de preguntas que el/la adolescente reconozca aprendizajes previos, valores y creencias, experiencias en la toma de decisiones en situaciones semejantes.
- g) Escuchar y observar con atención comportamientos no verbales.
- h) Conocer el idioma de los/as adolescentes.
- i) Respetar los valores y actitudes de cada cultura.
- j) Brindar información clara y acorde a la situación particular, que permita descubrir nuevas alternativas, evaluar aspectos positivos y negativos de las mismas.
- k) Propiciar la formulación de nuevas preguntas.
- l) Favorecer el reconocimiento de capacidades del y de la adolescente para toma de decisiones, promoviendo la autonomía.

Ejemplos de consejerías para adolescentes sobre temas específicos

Consejería sobre alimentación y nutrición

Aspectos a considerar	¿Qué preguntar e informar?
<ul style="list-style-type: none">▪ Propiciar conversaciones sobre estereotipos de género que influyen en la imagen corporal y modos de ser más atractivo y saludable.▪ Los/as adolescentes en situaciones especiales, como práctica deportiva intensa, embarazo, madre lactante, enfermedades crónicas, hábitos vegetarianos o naturistas, tienen derecho a consejería específica.	<ul style="list-style-type: none">▪ Beneficios de la alimentación sana y formas de lograr y mantener un peso saludable.▪ Necesidad de aumento del consumo de fibras y disminución de grasas saturadas.▪ Riesgos asociados a la obesidad, disminución brusca de peso y beneficios de la disminución de peso controlada en obesos.▪ Riesgo de controlar el peso mediante vómitos, laxantes o dietas estrictas.▪ Factores de riesgo de la anorexia, bulimia y trastorno de la alimentación por atracones.▪ Alimentos ricos en hierro.

Ejemplos de consejerías para adolescentes sobre temas específicos

Consejería sobre práctica física

<i>Aspectos a considerar</i>	<i>¿Qué preguntar e informar?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer explícito que el objetivo de cualquier práctica deportiva, en la mayoría de los casos, es la recreación. ▪ Se recomienda la categorización de los/as adolescentes utilizando además de la edad, la talla y la maduración sexual (estadios de Tanner) como criterio opcional, para todos aquellos deportes de contacto o en los que la fuerza o la corpulencia pudieran generar situaciones de competencia desigual o de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se desaconseja la alta competencia deportiva (profesional) hasta la edad de 16 años. ▪ Riesgos de la práctica de pesas antes de haberse completado la pubertad. ▪ Necesidad de no exceder un máximo de 15 horas semanales de práctica deportiva para evitar trastornos de crecimiento en adolescentes púberes. ▪ Necesidad de uso de elementos protectores según el tipo de deporte: el casco en ciclismo, patines, patinetas, protectores bucales en deportes de contacto, etc. ▪ Riesgo del uso de anabólicos y otras drogas para la practica deportiva. ▪ Estereotipos de género que implica en los varones la exposición a riesgos.

Consejería sobre consumo de tabaco, alcohol y drogas

<i>Aspectos a considerar</i>	<i>¿Qué preguntar e informar?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El tabaco es sumamente adictivo. Más del 75% de los fumadores adultos querrían dejar de fumar y menos del 60% lo ha intentado en algún momento de su vida. De ellos, alrededor del 20% lo consigue en el primer intento y el 50% lo logra después de seis intentos. Por tal motivo la propuesta preventiva se basa en “mejor no empezar”. ▪ Asociar el consumo del tabaco con aspectos valorados por los/as jóvenes como apariencia física (olor desagradable y mal aspecto), manipulación que logra la publicidad al promover mensajes falsos de atracción física y capacidad para los deportes, reducción de la capacidad deportiva y alto costo. ▪ La promoción de la salud de adolescente en el caso del consumo de sustancias nocivas, requiere de intervenciones inespecíficas, como la construcción de una identidad autónoma y conciencia crítica frente a la presión de los pares y la publicidad. ▪ Considerar la autoestima de los/as adolescentes a partir de pequeños logros personales y sociales, fáciles de reconocer por sí mismo y por su entorno. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riesgo del consumo de tabaco: enfermedades cardiovasculares, pulmonares y neoplasias graves. ▪ Aspectos positivos de no fumar. ▪ Las personas que comienzan a fumar en su adolescencia, luego no pueden dejar de fumar. ▪ Referencia a grupos para dejar de fumar. ▪ Cómo evitar el consumo pasivo de tabaco. ▪ Cómo abogar a favor de acciones dirigidas a evidenciar que el fumar es un comportamiento desviado, prohibiendo fumar en lugares públicos, a aumentar el costo del tabaco, limitar las ventas a menores. ▪ Relación entre consumo de alcohol y drogas y riesgos de lesiones por causas externas y relaciones sexuales sin protección. ▪ Capacidad adictiva del tabaco, alcohol y diferentes drogas. ▪ Diferencias entre el uso experimental y la adicción. ▪ Cómo ayudar a un amigo/a que consume tabaco, alcohol y drogas. ▪ Lugares de atención, teléfonos de autoayuda. ▪ Elaboración de planes y proyectos pequeños, rápidos y viables, que les permita prepararse para establecer metas, estrategias, evaluar y hacer ajustes. Se sugiere el uso del diario personal, que incentiva la introspección, el análisis de emociones y comportamientos y la idea de construcción de su propia historia.

Ejemplos de consejerías para adolescentes sobre temas específicos

Consejería sobre prevención de lesiones por causas externas

<i>Aspectos a considerar</i>	<i>¿Qué preguntar e informar?</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Las lesiones por causas externas son las principales causas de muerte de los/as adolescentes. Las mismas no son accidentales, sino prevenibles.▪ Es importante también promover la responsabilidad social en la construcción de normas de convivencia saludables en los ambientes escolares, familiares o de pares.▪ Los/as adolescentes debieran lograr un compromiso por impulsar normas de convivencia armónica y respeto a las legislaciones existentes en las instituciones donde participan.	<ul style="list-style-type: none">▪ Relación entre el uso de cinturón de seguridad y gravedad de lesiones por tránsito.▪ El uso correcto de cinturones de seguridad en asientos delanteros reduce el riesgo de lesiones en un 45 a 55% y la mortalidad de 40 a 50%.▪ El uso de casco en motos, motocicletas y bicicletas reduce un 75% las lesiones y un 30% la mortalidad.▪ Aumento del riesgo de lesiones por causas externas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, ya sea por lesiones de tránsito o por práctica deportiva.▪ Las lesiones por causas externas también se asocian a trastornos de la visión y la audición. Evitar escuchar música a volúmenes altos, uso de walkman, auriculares o teléfonos celulares al conducir vehículos.▪ Formas de negociación de conflictos.▪ Riesgo de la portación de armas.▪ Estereotipos de género que impulsa a los varones a asumir riesgos excesivos.▪ Gratificaciones inmediatas que podrían ser substitutivas de la solución del problema.

Consejería sobre sexualidad y afectividad

Aspectos a considerar	¿Qué preguntar e informar?
<ul style="list-style-type: none">▪ Desarrollar acciones de consejería en todos/as los/as adolescentes que lo demanden.▪ Muchos aspectos de sus elecciones estarán atravesados por el tema de la construcción de una identidad diferente a la de sus padres, por lo que se requiere conocimiento y entrenamiento para abordar este aspecto.▪ Necesitan una consejería especial los/as adolescentes con conductas de riesgo: trabajadores sexuales varones y mujeres, adolescentes homosexuales y travestis que viven marginación social, adolescentes en condiciones de aislamiento social o violencia doméstica, etc.	<ul style="list-style-type: none">▪ Inquietudes sobre el amor, la pareja, formas de relacionarse, formas de diálogo y mecanismos para establecer una relación respetuosa e igualitaria.▪ Pautas culturales que implican diferencias en la construcción de roles masculinos y femeninos, valores y experiencias (por ejemplo que la sexualidad de los varones sea más indiscriminada y las mujeres busquen la confirmación la confirmación de su fertilidad a través de un embarazo, aunque este sea demasiado temprano).▪ Cómo negociar las expresiones de afecto y sexualidad que se está dispuesto a aceptar y prodigar en una relación de noviazgo.▪ Toma de decisiones sobre la iniciación sexual y habilidades para enfrentar las presiones sociales que reciben los/as adolescentes de pares y familiares.▪ Decisión del inicio sexual y opciones anticonceptivas existentes.▪ Diversidad de la respuesta sexual humana y goce sexual en varones y mujeres adolescentes.▪ Orientación sexual homosexual en varones y mujeres, maneras de establecer relaciones de respeto y aceptación. Formas de resolución de problemas con familiares y grupos de pares.▪ Embarazo no deseado, habilidades para asumirlo con la pareja y la familia.▪ Reelaboración de los proyectos a partir del embarazo.▪ Aborto.▪ Cómo enfrentar el abuso sexual y/o la violencia sexual en varones y mujeres adolescentes.▪ Habilidades para manejar los celos y la violencia verbal y física entre novios, especialmente si hay relaciones sexuales▪ Cómo diferenciar las caricias saludables de las que producen daño.▪ Problemas de la función sexual: falta de erección, eyaculación precoz, anorgasmia, dolor en las relaciones sexuales entre otros.

Consejería sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

Aspectos a considerar	¿Qué preguntar e informar?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hablar en términos simples y precisos, de ser posible escuchar atentamente cuáles son las palabras que usa el/la adolescente. ▪ Partir de conocimientos previos como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ¿Sabes que es una enfermedad de transmisión sexual? ¿Cuáles conoces? ¿Cómo te parece que se contagia? ¿Sabes que problema puede traer en la persona que las padece? ▪ Dialogar sobre los estereotipos de género que hacen que varones y mujeres se expongan al riesgo de contraer una ITS: diferencias de poder para tomar decisiones, miedo al rechazo, miedo a la humillación, entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipos de agentes de infecciones de transmisión sexual: hongos, tricomonas, clamidias, VIH, hepatitis B y sus respectivos signos y síntomas. ▪ El contagio con un agente no lo inhabilita para sufrir la infección concomitante de otro. ▪ La protección es fundamental. Sólo se logra con preservativo masculino/ condón, preservativo femenino o abstinencia sexual. ▪ Relación entre cada método anticonceptivo y prevención de infecciones de transmisión sexual. ▪ Formas de negociación con el otro sexo para el uso de métodos de protección. ▪ Importancia de que hable de este tema con la pareja o parejas. ▪ Importancia del cambio de hábitos sexuales o de actitud de vida. Se requiere el trabajo interdisciplinario entre médicos, psicólogos y trabajadores sociales. ▪ Promoción del autocuidado/ cuidado mutuo de salud. ▪ Promoción de a consulta temprana ante la aparición de los primeros síntomas: flujo, prurito, disuria, ardor, secreción peniana, etc.

...Grupo de aprendizajes sobre autocuidado de salud para adolescentes

Organizar en el servicio un día para el funcionamiento de grupos de aprendizajes sobre autocuidado/cuidado mutuo de la salud. Los grupos **son autoadministrados** y animados por un/a adolescente designado/a para ese rol. El/a animador/a es un/a participante más del grupo. En el grupo los/as adolescentes pueden conversar libremente en grupos de pares sobre autocuidado/cuidado mutuo de salud, conocimientos adquiridos y necesidades, aspectos referidos a la consulta en los servicios, opiniones sobre el tratamiento, dudas, sentimientos, derechos a la salud, etc. aprovechando el tiempo en sala de espera.

Disponer **material audiovisual para el uso autoadministrado** por los/as adolescentes sobre distintos aspectos del autocuidado/ cuidado mutuo de salud. El grupo requiere una duración de dos horas en reuniones con periodicidad mensual o quincenal.

...Consejerías y grupos de aprendizajes para padres/madres

Promover con los/as padres/madres de los/as adolescentes:

- Desarrollo puberal, sexual, psicosocial y cognitivo durante las etapas de la adolescencia en varones y mujeres.
- Cambios normales esperables en la relación entre padres e hijos/as.
- Conductas parentales tendientes a promover un saludable ajuste intergeneracional.
- Síntomas y signos de angustia o enfermedad emocional durante la adolescencia.
- Formas de estimular la autonomía y la toma de decisiones libres y responsables.

- Formas de prevenir riesgos y promover la calidad de vida, el placer, la alegría de vivir, el amor y la construcción de pareja.
- Los roles de varones y mujeres son aspectos culturales y pueden cambiar hacia relaciones equitativas.
- Necesidad de desarrollar habilidad de escucha y empatía hacia sus hijos/as.

□ Vacunación

Realizar en la consulta preventiva un control de las inmunizaciones al/a la adolescente. Si el/la adolescente no recibió todas las vacunas recomendadas para su edad, indicar vacunación de acuerdo al siguiente esquema:

Vacuna	Edad	Condiciones
Doble Adultos (DTa)	16 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esquema básico: 3 dosis de 0,5 ml. Las dos primeras dosis con un intervalo no menor de 4 semanas, la 3ra dosis, un año después de la 2da dosis. ▪ Ante interrupción del esquema deben completarse las dosis faltantes con igual intervalo que el esquema básico. ▪ No es necesario reiniciar el esquema básico en ninguna circunstancia. ▪ Revacunación: una dosis cada 10 años
	Embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se indicará el esquema básico a partir del 2do trimestre del embarazo. ▪ No se vacunará a la embarazada que acredite el esquema completo y el lapso transcurrido sea menor a 10 años. ▪ Completar el esquema de vacunación cuando estuviera incompleto.
BCG	16 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la cicatriz en menor de 8 mm o si no presenta 2 cicatrices.
Varicela ⁷	Al inicio puberal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no recibió nunca la vacuna hasta los 13 o más años se deben dar 2 dosis separadas por 1 a 2 meses ▪ Evitar embarazo en el mes siguiente a la vacunación
Triple viral	Al inicio puberal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si nunca se vacunó antes ▪ Si no recibió una segunda dosis después de los 6 años. ▪ Si solamente recibió contra el sarampión y las paperas y nunca tuvo rubéola ▪ Alertar acerca de evitar un embarazo durante los 3 meses posteriores a la vacunación.
Anti-hepatitis B	Al inicio puberal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 dosis administradas cada 1 a 2 meses

Para adolescentes con riesgo (asmáticos, cardiopatías, enfermedad fibroquística) y en períodos de epidemia, se recomienda la vacunación contra el hemófilus influenza.

□ Detección de riesgos y factores de protección

Realizar la prevención de riesgos y la detección de factores de protección para su salud y desarrollo a todos/as los/as adolescentes

El diagnóstico de vulnerabilidad y resiliencia no es permanente, sino que se limita al momento en que se realiza. Por lo tanto se requiere **una evaluación anual** que permita determinar tempranamente la vulnerabilidad, riesgo y resiliencia de los/as adolescentes. La detección de conductas de riesgo y protección debe hacerse **en cada consulta** a fin de aprovechar oportunidades en salud.

A TODOS/AS LOS/AS ADOLESCENTES

Ofrecer a los/as adolescentes **un control integral de salud** que incluya evaluación de crecimiento y desarrollo bio-psicosocial, seguimiento de sus aprendizajes para el autocuidado/cuidado mutuo de su salud y consejerías o actividades de educación para la salud, además de un examen físico-genital completo.

...Crecimiento y desarrollo

El control integral del crecimiento y desarrollo de los/as adolescentes debe efectuarse al menos una vez al año e incluir una evaluación de lo siguiente:

Aspectos a investigar	¿Qué observar?	¿Cómo investigar y preguntar?
Crecimiento	Peso.	Evaluado en balanza con pesas con el/la adolescente descalzo y con la menor cantidad de ropa posible.
	Velocidad de crecimiento de peso y talla.	Requiere de dos consultas sucesivas con intervalo no menor de 3 meses y no mayor de 18. La velocidad de crecimiento se considera normal cuando se ubica entre los percentilos 10 y 90. Este procedimiento se puede utilizar en la primera consulta si se tiene información de medidas de tallas anteriores.
	Maduración esquelética	Los diagnósticos diferenciales de desarmonía del crecimiento y desarrollo pueden requerir diagnóstico de la edad ósea, a través de radiografía de muñeca y mano izquierda, a través de los métodos de Greulich Pyle y el Tanner Whitehouse.
Desarrollo puberal	Estadios de Tanner.	Desarrollo de genitales, vello pubiano y mamas.

Desarrollo psicosocial	Autonomía (capacidad de tomar decisiones, independencia de los padres, capacidad de mantener vínculos extrafamiliares)	¿Cómo tomas las decisiones? ¿A quién o quiénes consultas? ¿Con quiénes mantienes relación de confianza? ¿Hay algún adulto a quien le cuentes tus cosas íntimas? ¿Tienes algún/a amigo/a íntimo a quien le cuentes tus cosas?
	Capacidad de influir sobre el resultado de alguna situación (locus de control interno y externo)	¿Cuál crees que es la causa de lo que te ocurre? ¿Puedes controlar lo que le ocurre en su vida, o te percibes víctima de lo que los otros hacen? ¿Qué haces cuando algo sale mal? ¿Cómo puedes influir para que algo salga bien?
Desarrollo psicosocial	Autorreflexión Autoestima y autopercepción de sus competencias. Relación con los demás	¿Cómo te definirías a ti mismo, teniendo en cuenta tus habilidades en el estudio, sociales, deportivas, artísticas? ¿Cómo son tus relaciones con los demás?
Desarrollo cognitivo	Rendimiento en la escuela.	¿Cómo es tus notas en la escuela, comparado con los otros compañeros? ¿Tu rendimiento es igual a la mayoría, menor o superior al promedio?
	Capacidad de resolución de conflictos Complejidad del pensamiento	¿Cuántas alternativas puedes pensar frente a un problema? Evaluar alternativas relevantes
	Discernimiento	¿Puedes contarme las ventajas o desventajas de esas alternativas?
	Visión del presente	¿Estás inmerso en algún proyecto?

La pubertad es el proceso biológico caracterizado por crecimiento rápido de los tejidos, cambios en la composición del cuerpo, aparición de los caracteres sexuales secundarios, adquisición de la capacidad reproductiva. Estos cambios biológicos se acompañan de cambios psicoemocionales y desarrollo de las capacidades cognitivas y sociales.

Pubertad normal mujeres	Pubertad normal varones
Entre los 9 y 16,5 años Primero aparece el botón mamario = GM II de Tanner Luego y/o al mismo tiempo el vello pubiano = VP II de Tanner Aceleración del crecimiento en el estadio Tanner III Menarquia en Tanner III-IV Desaceleración del crecimiento	Entre los 10 y los 17,5 años Primero hay aumento del volumen testicular (>3cc) = Tanner III Luego aparece el vello pubiano Posteriormente crece el pene, aparece vello axilar y facial Luego ocurren los cambios de la voz La primera polución corresponde a Tanner III-IV Desaceleración del crecimiento

ESTADÍOS DE TANNER

Genitales en varones

Testicular			Edad promedio de alcanzar estadio (95% percentil)	
			Edad cronológica	Edad ósea
Estadio	Diámetro	Volumen		
I	Prepuberal	< 4 ml		
II	> 2.0 cm	4-6 ml	11.2 (9.2-14.2)	11.5 (9.0-13.5)
III	> 3cm	> 6 y < 10 ml	12.9 (10.5-15.4)	13.2 (10.5-15.0)
IV	> 4.0 cm	10 – 15 ml	13.8 (11.6-16.0)	14.5 (12.5-16.0)
V	> 5.0 cm	>15 ml	14.7 (12.5-16.9)	
Velocidad pico de crecimiento				14.5 (12.0-16.0)
Primera polución				

Genitales en mujeres

Mamas		Edad promedio de alcanzar estadio (95% percentil)	
		Edad cronológica	Edad ósea
Estadio	Descripción		
I	Ninguna	10.9 (8.5-13.3)	10.5 (8.5-13.2)
II	Botón mamario < que el diámetro de aréola	12.2 (9.8-14.6)	12.0 (10.2-14.0)
III	Botón mamario > que el diámetro de aréola	13.2 (11.4-15.09)	13.5 (11.5-15.09)
IV	Aréola sobresale del plano de la mama	14.0 (11.6-16.4)	15.0 (12.5-16.0)
V		Mama adulta	12.5 (10.0-14.5)
Velocidad pico de crecimiento		12.2 (10.2-14.2)	
Menarquia			12.7 (10.5-15.5)

Vello Pubiano		Varones		Mujeres	
Estadío	Descripción	Edad cronológica	Edad ósea	Edad cronológica	Edad ósea
	Edad cronológica				
I	Ninguno	12.2 (9.2-15.2)	13.5 (11.5-14.5)	10.4 (8.0-12.8)	11.5 (8.5-13.0)
II	Vello apenas visible en la base del escroto/monte de venus y labios	13.5 (11.1-15.0)	14.2 (11.5-15.5)	12.2 (9.8-14.6)	12.2 (10.0-14.5)
III	Vello fácil de ver en iguales localizaciones	14.2 (12.0-16.4)	14.2 (12.5-16.5)	13.0 (10.0-15.2)	13.2 (11.0-15.0)
IV	Vello suprapúbico solamente	14.9 (12.9-16.9)		14.0 (11.6-16.0)	
V	Vello sexual de distribución adulta				
VI	Vello sexual hasta línea alba				

Adaptado de Sizonenko PC: Maduración sexual normal. Pediatricon, 14; 191-201, 1987.

Rutina para la evaluación de la maduración sexual

Caracteres sexuales secundarios de acuerdo con estadios de Tanner	Diagnóstico	Conducta
Brote del botón mamario y vellos del pubis entre los 8 y 13 años de edad en la mujer	Adolescente con pubertad normal	Acompañar semestralmente
Aumento del volumen testicular (≥ 3 ml) y vellos del pubis, entre los 9 y 14 años del varón	Adolescente con pubertad normal	Acompañar semestralmente
Ausencia de caracteres sexuales secundarios: En mujeres > de 13 años En varones > de 14 años	Pubertad tardía	Consultar con servicio especializado
Presencia de caracteres sexuales secundarios: En mujeres < de 8 años En varones < de 9 años	Pubertad precoz	Consultar con servicio especializado inmediatamente

Succi E: Pubertad. Río de Janeiro 1998 (mimeo).

Correlación entre la clínica y los estadios de Tanner

Condición clínica	Estadios de Tanner
Aceleración del crecimiento (empuje del crecimiento)	III
Varón bajo, gran potencial de crecimiento	II
Varón bajo, bajo potencial de crecimiento	V
Estatura definitiva (2 años post-menarquia)	V
Menarquia	III- IV
Escoliosis progresiva	II- III en mujeres III- IV- V en varones
Acné, comienzo	III
Ginecomastia fisiológica	II- III

Succi E: Pubertad. Río de Janeiro 1998 (mimeo).

...Obesidad y trastornos de la conducta alimentaria

Evaluar riesgo de obesidad y trastorno de la conducta alimentaria en todos/as los/as adolescentes al menos una vez al año. La detección se realiza a través del Índice de Masa Corporal: (IMC = peso/talla(Kg/m²))

Obesidad	IMC > 30 o con un IMC > percentil 95 (cualquiera sea menor)
Riesgo de obesidad	IMC ≥ percentil 85
Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria	Pérdida de peso mayor del 10% de su peso previo (últimos 6 meses)

Indicadores de riesgo

- Percepción distorsionada de su imagen corporal.
- Preocupación excesiva sobre el peso.
- Frecuentes dietas sin tener sobrepeso
- Atracónes alimentarios.
- Vómitos autoprovocados.
- Consumo de diuréticos o laxantes.
- Amenorrea.
- Historia familiar obesidad, diabetes, dislipemias, enfermedad cardiovascular
- Actividad física (ausencia o excesiva) y hábitos alimentarios

Curvas de Índice de Masa Corporal (IMC)

Valores de percentilos de IMC según
National Health and Nutrition Examination Survey, 1871 a 1974

Edad (en años)	Varones (percentilos)			Mujeres (percentilos)		
	5	50	95	5	50	95
10	14,2	16,6	22,2	14,2	17,1	24,2
11	14,6	17,2	23,5	14,6	17,8	25,7
12	15,1	17,8	24,8	15,0	18,2	26,8
13	15,6	18,4	25,8	15,4	18,9	27,9
14	16,1	19,1	26,8	15,7	19,4	28,6
15	16,6	19,7	27,7	16,1	19,9	29,4
16	17,2	20,5	28,4	16,4	20,2	30,0
17	17,7	21,2	29,0	16,9	20,7	30,5
18	18,3	21,9	29,7	17,2	21,1	31,0
19	19,0	22,5	30,1	17,5	21,4	31,3

Adaptado de Hammer, L.D., Kraemer, H.C., Wilson, D.C. y cols.: "Standardized Percentile Curves of Body Mass Index for Children and Adolescents". *Am. J. Dis. Child* 145: 260, 1991.

...Hipertensión arterial

Evaluar el riesgo de hipertensión en todos/as los/as adolescentes al menos una vez al año.

De acuerdo a las normas internacionales (45) la evaluación de la presión arterial debe hacerse con el adolescente sentado, su brazo derecho descansando sobre una mesa, el ángulo del codo a nivel del corazón. Envolver el manguito suave y firmemente a 2,5 o 3 cm por encima del pliegue del codo, palpar la arteria braquial y colocar la campana del estetoscopio sobre ella. Inflar el manguito hasta 150 mm de mercurio y desinflar lentamente. La aparición del primer ruido es la presión sistólica y la desaparición es la diastólica. Si la primera evaluación es de 140/85, volver a tomar en 1 minuto y calcular el promedio de ambas lecturas para dar el valor final de presión arterial. En adolescentes con mayor riesgo familiar y obesidad, controlar presión arterial cada 6 meses. Valorar historia familiar de hipertensión y enfermedad cardiovascular y dilipemias.

Indicador de riesgo

Tres valores sucesivos de presión arterial por encima del percentilo 95 corresponden a hipertensión.

...Familia

Preguntar a todos/as los/as adolescentes acerca de la satisfacción y los conflictos con relación a su familia al menos una vez al año

Aspectos a investigar	¿Qué observar?	¿Cómo preguntar?
Funcionalidad familiar	<ul style="list-style-type: none">▪ Modo de interacción familiar▪ Cohesión.▪ Comunicación (capacidad de expresar afecto y apoyo emocional)▪ Adaptabilidad (capacidad de cambiar las normas de funcionamiento y evolucionar).▪ Capacidad de solucionar problemas.▪ Roles en la familia.▪ Estructura de poder.▪ Capacidad de comunicación con otras familias y la comunidad.▪ Diferenciación: modo en que la familia aborda los noviazgos, amistades y miembros que salen y entran en la familia.	<ul style="list-style-type: none">¿Qué actividades realizan juntos?¿Cuándo comparten la comida?¿Cómo toman las decisiones?¿Podrías relatar un día en tu familia?¿Podrías contarme un día de fin de semana?
Percepción del/de la adolescente de su relación familiar	<ul style="list-style-type: none">▪ Se siente escuchado/a.▪ Se siente acompañado/a.▪ Se siente aceptado/a.▪ Se siente rechazado/a.▪ Se siente ignorado/a.	<ul style="list-style-type: none">¿Cómo sientes que es la relación que tienen en tu familia la mayor parte del tiempo?¿Cómo te tratan?¿Cómo tratas a los demás?

Aspectos a investigar	¿Qué observar?	¿Cómo preguntar?
Estructura familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagrama familiar (ver detalle) ▪ Incluir tres generaciones y nuevas parejas de los padres. 	<p>¿Cómo está compuesta su familia? ¿Qué significa para ti tu grupo familiar. ¿Con quién convives? ¿Solo/a? ¿En una institución? ¿Compartes la cama? ¿Con quién? ¿Cuándo?</p>
Nivel socio-económico de la familia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de vivienda. ▪ Hacinamiento. ▪ Provisión de agua y eliminación de excretas. ▪ Tipo de empleo de los padres. ▪ Nivel educativo de los padres. ▪ Ingreso familiar 	<p>¿Cómo es la casa donde vives? ¿De qué son los techos, los pisos? ¿El baño dónde queda, dentro o fuera de la casa? ¿Cómo tienen agua? ¿Cuántos cuartos tiene (sin considerar baño ni cocina)? ¿Cuántas personas viven en la casa? ¿Trabajan tus padres, en qué? ¿Tus padres fueron a la escuela? ¿Cuál fue el último nivel que terminaron?</p>
Antecedentes de salud de la familia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas psicosociales o clínicos que hayan requerido tratamiento. 	<p>¿Han habido en tu familia problemas de salud crónicos, internaciones o cirugías, muertes? ¿alguien en tu familia ha tenido problemas por consumo de alcohol y drogas, violencia, problemas legales</p>

...Red social

Preguntar a todos/as los/as adolescentes acerca de la satisfacción y los conflictos con relación a su red social al menos una vez al año

Aspectos a investigar	¿Cómo preguntar?
Actividades sociales	<p>¿Qué haces en tu tiempo libre? ¿Practicas deporte, vas a fiestas, bailes, actividades artísticas o alguna actividad fuera de la escuela? ¿Cuéntame cómo es un día en tu vida? ¿Cómo es un día de fin de semana?</p>
Integración social	<p>¿Realizas alguna actividad en grupo: deportes, bailes, fiestas?</p>
Reconocimiento social	<p>¿Cómo es la relación con tus compañeros/as? ¿Te sientes aceptado/a, querido/a rechazado/a, ignorado/a?</p>
Capacidad de intimar	<p>¿Tienes algún chico/a con quien sales o te sientes atraído/a? ¿Tienes algún amigo/a íntimo/a o mejor amigo/a a quien le cuentes tus cosas?</p>
Referente adulto	<p>¿Tienes algún adulto/a con quien compartas tus alegrías y problemas, busques ayuda?</p>

Indicadores de riesgo

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

...Escuela

Preguntar a todos/as los/as adolescentes acerca de la satisfacción y los conflictos con relación a su escuela al menos una vez al año

Registrar el nombre del establecimiento donde concurre.

Actividades de educación formal y no formal.

Participación de los/as padres/madres en actividades escolares.

Indicadores de riesgo

- Insatisfacción o conflictos con la escuela, los profesores y maestros y compañeros/as.
- Bajo rendimiento escolar en relación con sus compañeros/as.
- Abandono escolar o faltas injustificadas.
- Problemas económicos o laborales que entorpecen su escolaridad.
- Problemas de conducta.
- Problemas de aprendizaje.

...Trabajo

Preguntar a los/as adolescentes que trabajan acerca de sus condiciones laborales al menos una vez al año

Indicadores de riesgo

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

...Sexualidad

Preguntar a todos/as los/as adolescentes acerca de la satisfacción y los conflictos con relación a su sexualidad, hayan o no iniciado sus relaciones sexuales, al menos una vez al año

Dialogar sobre la satisfacción y los conflictos referidos a su sexualidad con todos/as los/as adolescentes **hayan o no iniciado relaciones sexuales**, a fin de facilitar el acompañamiento respecto a conflictos con relación a la sexualidad, sentimientos de culpa frente a la masturbación, el inicio de las relaciones sexuales, una orientación sexual diferente, molestia o dificultades en sus relaciones sexuales (falta de deseo sexual, fobia a las relaciones sexuales, falta de erección, eyaculación retardada, parcial o precoz, falta de orgasmo, dolor, vaginismo) Muchos/as adolescentes cuya función sexual es perfectamente normal, muestran una serie de inquietudes acerca de su sexualidad.

Si iniciaron las relaciones sexuales, preguntar condiciones en que se realizan, frecuencia, con quiénes, si son inesperadas, regulares o voluntarias.

...Riesgo de embarazos y/o infecciones de transmisión sexual (ITS) VIH/SIDA

Preguntar a todos/as los/as adolescentes acerca de comportamientos sexuales de riesgo para embarazos y/o infecciones de transmisión sexual, al menos una vez al año

Realizar la detección precoz de ITS y ofrecer pruebas de diagnóstico para VIH/SIDA a los/as adolescentes que tienen relaciones sexuales al menos una vez al año o cada vez que exista una situación de riesgo específica identificada

Recordar que aunque no haya coito vaginal muchas prácticas (coito anal, sexo oral) los/as exponen al contagio de ITS.

Apoyar a los/as adolescentes que han decidido posponer el inicio de las relaciones sexuales e informarles cómo es tener relaciones sexuales sin riesgos.

Previo y posterior al diagnóstico de VIH se debe indicar una consejería.

Factores de riesgo de embarazo	Factores de riesgo de ITS e infección por VIH
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Precocidad de la menarquia o la primera eyaculación ▪ baja autoestima y la baja percepción de la autoeficacia Estereotipos de género masculinos y femeninos. ▪ Ausencia o mala comunicación familiar ▪ Falta de un adulto referente ▪ Abuso sexual ▪ Abandono escolar ▪ Bajo rendimiento en la escuela ▪ Presión de los pares. ▪ Abuso de alcohol y consumo de drogas. ▪ Inicio de relaciones sexuales antes de los 16 años, embarazo y/o aborto previo ▪ depresión o duelo por pérdidas, ▪ Deficiencias en la educación sexual inadecuada ▪ Ausencia de proyectos diferentes a la maternidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad temprana de inicio de relaciones sexuales (oral, vaginal, anal) ▪ No uso de preservativo/condón en todas las relaciones sexuales ▪ Pareja con ITS conocida ▪ Prevalencia específica de cada una de las ITS en la comunidad ▪ Relaciones homosexuales (varón-varón) ▪ Múltiples compañeros sexuales; cambio frecuente de pareja sexual ▪ Alguna de sus parejas sexuales es VIH+ o tiene SIDA ▪ Uso de tatuajes propios o de la pareja. ▪ Transfusiones previas. ▪ Consumo de drogas intravenosas en grupo (uso de las mismas agujas y jeringas); uso de alcohol ▪ Historia de ITS (sífilis, hepatitis B, C, condilomatosis, herpes, candidiasis, tricomoniasis) ▪ Abuso sexual ▪ Adolescentes que viven en las calles ▪ Adolescentes que viven en instituciones de menores ▪ Antecedentes de prostitución

Consejería previa a la prueba para VIH

Aspectos a considerar	¿Qué preguntar e informar?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es un tipo de consejería diferente donde es prioridad la contención ante el resultado del diagnóstico, más que la acción de educación para la salud. ▪ Promueve el proceso de autorreflexión sobre comportamientos de riesgo para que se genere la necesidad en el/la adolescente de conocer si está infectado. ▪ Tiene fines preventivos, facilitando la toma de posición del/de la adolescente frente a la posible infección por VIH. ▪ Permite detectar factores de riesgo para focalizar la tarea preventiva. ▪ Establece un vínculo de confianza, basado en la confidencialidad, para futuras acciones de salud. ▪ Puede ser necesario el apoyo psicológico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferencia entre infección por VIH y SIDA. ▪ Formas de contagio. Preguntar si él/ella pudiesen haber tenido oportunidad de contagio. ▪ Preguntar sobre cuál considera que será el resultado. Deben plantearse tres posibles resultados de la prueba: puede ser negativo, positivo o negativo sólo por ahora, debido al mantenimiento de comportamientos de riesgo o al período ventana. ▪ Explicar cómo se detecta el VIH por la prueba de ELISA y cómo actúa la medicación (AZT, DDI, etc.) ▪ Dialogar sobre acciones para que una persona con VIH no desarrolle la patología hasta pasados muchos años, como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Detección temprana de la infección, lo que favorecería la disminución del virus en sangre y conservar la salud del adolescente ▪ Cambio de hábitos sexuales. ▪ Buena alimentación. ▪ Vida sexual saludable. ▪ En el caso de adolescentes embarazadas explicar que esto impediría en un 70% la infección de su bebé. ▪ Priorizar siempre la salud y el cuidado de la adolescente.

Consejería posterior a la prueba para VIH

Aspectos a considerar	¿Qué preguntar e informar?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al igual que la consejería previa a la prueba para VIH es diferente a la consejería de educación para la salud. ▪ El objetivo es facilitar la toma de posición del/de la adolescente frente al impacto del resultado. ▪ Para esto se requiere contención. ▪ Facilitar la expresión de sentimientos y la autorreflexión para la toma de decisiones relativas al seguimiento y al cambio de comportamientos de riesgo. ▪ Promover la autonomía y el empoderamiento para el respeto de sus derechos. ▪ Se requiere el apoyo de un equipo interdisciplinario psicológico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferencias entre infección por VIH y SIDA. ▪ Mostrar los aspectos positivos, aceptando el rol de cada persona en el autocuidado/cuidado mutuo de su salud. ▪ Aspectos legales: derechos y responsabilidades. ▪ Seguimiento necesario según el resultado. ▪ Indagar sobre la posibilidad de compartir la información con alguna otra persona adulta. ▪ Capacitación para seguir el tratamiento y los controles.

...Abuso sexual

Preguntar a todos/as los/as adolescentes sobre situaciones de abuso sexual

En general, los/as adolescentes no suelen relatar espontáneamente el abuso sexual, aunque con frecuencia no tienen reparos en admitirlo frente a la pregunta del trabajador de salud. Se debe preguntar si alguna vez fue víctima de acercamientos sexuales no deseados. El diagnóstico del abuso sexual se hace en función de indicadores médicos y psicológicos (conductuales) específicos e inespecíficos.

Indicadores altamente específicos de abuso sexual	
Físicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Lesiones en zonas genital y/o anal.▪ Sangrado por vagina y/o ano.▪ Infecciones genitales o de transmisión sexual (sífilis, blenorragia, SIDA no preexistente al momento del nacimiento, condilomas acuminados, conocidos como verrugas genitales, flujo vaginal infeccioso con presencia de gérmenes no habituales en la flora normal de los niños: clamidia, tricomonas).▪ Embarazos.▪ Cualquiera de los indicadores anteriores junto con hematomas o excoriaciones en el resto del cuerpo, como consecuencia de maltrato físico asociado.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none">▪ El relato de la víctima
Indicadores inespecíficos de abuso sexual	
Físicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Enuresis, encopresis secundaria.▪ Dolores abdominales recurrentes sin causa orgánica.▪ Cefaleas recurrentes sin causa orgánica.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Síndrome de estrés post-traumático.
Indicadores de sospecha de abuso sexual	
Antecedentes en la infancia temprana	<ul style="list-style-type: none">▪ Conductas hipersexuadas y/o autoeróticas.▪ Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos).▪ Conductas regresivas.▪ Retraimiento social.▪ Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas.▪ Fenómenos disociativos.
Antecedentes en la niñez y/o en la pre-adolescencia	<ul style="list-style-type: none">▪ Cambios bruscos en el rendimiento escolar.▪ Problemas con figuras de autoridad.▪ Mentiras.▪ Fugas del hogar.▪ Delincuencia.▪ Coerción sexual hacia otros niños.▪ Excesiva sumisión frente al adulto.▪ Fobias.▪ Quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales).▪ Sobreadaptación, pseudomadurez.
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none">▪ Promiscuidad sexual, prostitución.▪ Coerción sexual hacia otros niños.▪ Consumo de drogas.▪ Delincuencia.▪ Conductas autoagresivas.▪ Intentos de suicidio.▪ Excesiva inhibición sexual.▪ Trastornos disociativos.▪ Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia).

Indicadores altamente específicos de abuso sexual

Síndrome de acomodación al abuso sexual

- a) El secreto
- b) La desprotección
- c) El atrapamiento y la acomodación
- d) La revelación tardía, conflictiva y poco convincente
- e) La retractación

Abuso sexual infantil es toda actividad sexual que involucre a niños o adolescentes que, debido a su inmadurez psico-biológica, no están capacitados para dar consentimiento o si hay diferencia de edad que impida a la víctima dar su consentimiento. Es también cualquier acercamiento sexual logrado mediante la utilización de la fuerza física o amenazas, sin que tenga relevancia la edad de los participantes. No interesa si la víctima fue engañada o si comprendía la naturaleza sexual de los acercamientos.

El abuso sexual no es sinónimo de violación. Raramente se utiliza la fuerza física para lograr el contacto. No ocurre de manera aislada ni accidental. Es un proceso crónico protagonizado por una persona conocida con anterioridad, con quien hay una relación de confianza. Es así, que menos del 50% de las víctimas presentan lesiones físicas.

El abuso sexual tampoco es sinónimo de penetración genital. Comprende una amplia gama de acercamientos sexuales inadecuados: manoseos, exhibicionismo, voyeurismo, estimulación de genitales, sexo oral, masturbación del adulto y/o del niño, penetración genital con el dedo y/u objetos. El comienzo suele ser gradual y se va complejizando y agravando a medida que se prolonga el tiempo de desprotección del niño. La penetración se produce cuando la situación abusiva viene sucediendo durante mucho tiempo.

...Consumo de tabaco, alcohol y drogas

Preguntar a todos/as los/as adolescentes acerca de consumo de tabaco, alcohol y drogas al menos una vez por año

Son muy pocos/as los/as adolescentes que consultan por consumo excesivo de alcohol o drogas. La detección de vulnerabilidad y riesgo se basa en información sobre la interacción familiar, rendimiento escolar, relación con pares, autoestima, entre otros.

Diferenciar uso experimental de consumo y adicción.

No es necesario constatar consumo de alcohol y drogas para que un/a adolescente necesite apoyo.

Indicadores de consumo

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

...Depresión y riesgo de suicidio

Preguntar a todos/as los/as adolescentes acerca de riesgo de depresión y suicidio a menos una vez por año

Los estados depresivos son frecuentes entre los/as adolescentes. Por lo general no representan un motivo de consulta, sino que se manifiestan por quejas somáticas: dolores (cefaleas, dolores abdominales difusos y reiterados, dismenorrea, algias articulares), astenia psicofísica, traumatismo reiterados, alteraciones del sueño o del apetito, dificultades en el rendimiento escolar o fugas de la casa.

Diferenciar tendencias suicidas de riesgo inminente.

Situaciones y signos de alerta	Indicadores de riesgo inminente de suicidio
<ul style="list-style-type: none">▪ Ansiedad severa.▪ Aislamiento.▪ Caída en el rendimiento escolar o laboral.▪ Abandono de la escuela.▪ Disfunción familiar o divorcio.▪ Orientación homosexual.▪ Enamoramiento melancólico.▪ Deficiencia mental leve o moderada.▪ Enfermedades crónicas en el/la adolescente o su familia.▪ Enfermedad terminal o muerte en familiares cercanos.▪ Suicidio de familiar o ser querido.▪ Profunda insatisfacción con el cuerpo.▪ Maltrato físico o de abuso sexual.▪ Promiscuidad sexual.▪ Abuso de alcohol y/o consumo de drogas.▪ Intento de suicidio previo.▪ Ideación y/o planes suicidas.▪ Disponibilidad del agente suicida.	<p>Determinado por la presencia de 5 ó más de los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Plan o ideación suicida▪ Intentos previos▪ Historia de desajustes▪ Contexto suicida (amigo o familiar)▪ Consumo de estimulantes▪ Ocupar una posición periférica en el contexto familiar y/o social▪ Enojo▪ Depresión

...Detección precoz de cáncer de cuello uterino

Las adolescentes con 18 años de edad o más, y todas las que han iniciado relaciones sexuales independientemente de la edad tienen derecho y deberían realizarse un PAP y un examen pélvico de control anualmente o con mayor frecuencia según los resultados y factores de riesgo

Realizar una prueba de Papanicolaou (PAP) para el estudio de células cervicales y vaginales para la detección de lesiones premalignas de cuello uterino y vagina.

El objetivo es diagnosticar lesiones intraepiteliales cervicales y/o vaginales que pueden evolucionar al cáncer invasor.

El diagnóstico y tratamiento precoz puede prevenir el cáncer invasor.

Factores conductuales de riesgo	Factores biológicos de riesgo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicio temprano de relaciones sexuales (antes 18 años) ▪ Historia de infecciones genitales incluida condilomatosis ▪ Mayor número de parejas sexuales ▪ Pareja con múltiples compañeras sexuales ▪ Cambio frecuente de pareja sexual ▪ No uso de preservativo/condón ▪ Consumo de drogas legales (alcohol, tabaco) e ilegales ▪ Exposición al dietilestilbestrol in útero 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unión escamocolumnar exocervical ▪ Ectopía cervical fisiológica ▪ Mayor vulnerabilidad de la zona de unión escamocolumnar a infección por virus como el papilomavirus humano (PVH)

A LOS/AS ADOLESCENTES CON RIESGO

...Hiperlipidemia

Realizar diagnóstico de hiperlipidemia a los/as adolescentes con factores de riesgo de hiperlipidemia y de enfermedad coronaria una vez por año

Indicadores de riesgo

- Enfermedad coronaria en pariente de primer grado o abuelos que se hizo aparente a una edad menor de 55 años.
- Niveles de colesterol o de triglicéridos superiores a 240 mg/dl. Y 135 mg/dl respectivamente, en parientes de primer grado.
- Múltiples factores de riesgo menores: hipertensión, historia familiar desconocida, diabetes, tabaquismo, obesidad y consumo excesivo de grasas saturadas, uso de anticonceptivos orales.
- Edad mayor a 19 años.
- Sedentarismo.
- Uso de anticonceptivos orales.

□ Anticoncepción

□ Consejería sobre anticoncepción

Aspectos a considerar	¿Qué preguntar e informar?
<ul style="list-style-type: none">▪ Destinada a todos/as los/as adolescentes que se encuentren por decidir el inicio de relaciones sexuales o aquellos/as que tengan relaciones sexuales.▪ El objetivo es acompañar la toma de decisión de un/a adolescente sobre el método anticonceptivo más apropiado para el/ella y su pareja.▪ Facilitar el proceso de reconocimiento personal y de la pareja de su conducta sexual, sus creencias y sentimientos.▪ Indicar la necesidad de una consulta ginecológica posterior a la consejería, a fin de complementar la información al/a la adolescente para el proceso de elección, mediante los estudios clínicos necesarios.▪ Trabajar con los/as adolescentes sus conceptos de género en relación al poder para tomar decisiones sobre las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos.	<ul style="list-style-type: none">▪ Armar con el/la adolescente una lista de los métodos anticonceptivos que conoce.▪ Exposición y demostración de uso de cada método anticonceptivo.▪ Puntos fuertes, débiles y efectos secundarios de cada método.▪ Uso correcto.▪ Importancia de la regularidad y el uso sistemático.▪ Modo de incorporación en el coito (cuando sea apropiado).▪ Problemas comunes del uso y soluciones.▪ Lugares para obtenerlos.▪ Formas de negociar con la pareja la necesidad de su uso.▪ Posibles cambios del ciclo menstrual en particular un sangrado prolongado, excesivo y/o amenorrea.▪ Significado de la amenorrea.▪ Retraso en el retorno a la fertilidad.▪ Falta de protección contra ITS e infección por VIH/SIDA (cuando sea apropiado).▪ Efectos secundarios y complicaciones posibles.▪ Necesidad de consultas médicas para el seguimiento.

El/la adolescente que ya inició relaciones sexuales tiene riesgo de embarazo y de infecciones de transmisión sexual. Necesita un método anticonceptivo que sirva para prevenir ambos.

No hace falta esperar hasta el examen ginecológico para iniciar la anticoncepción hormonal.

La anticoncepción de emergencia debe ser enseñada y difundida con cada método anticonceptivo.

□ La consulta por anticoncepción

Adolescente con relaciones sexuales	¿Qué método puede elegir el/la adolescente?
<p>Consejería</p> <ul style="list-style-type: none">Considerar especialmente: Relación con la familia, apoyo de la pareja, creencias religiosas, actitud frente a los métodos anticonceptivos y frecuencia de las relaciones sexuales.Preguntas para orientación ¿qué edad tiene tu pareja? ¿cómo se conocieron? ¿con qué frecuencia tienen relaciones? ¿ha tenido tu pareja otras parejas sexuales antes? ¿dónde tienen relaciones? ¿has usado antes algún método? ¿por qué no? ¿por qué dejaste de usarlo? ¿saben tus padres que tienes relaciones sexuales? ¿qué opinan tus padres con respecto a esto? ¿tienes temor de usar algún método en particular? ¿por qué? ¿qué piensa tu pareja de los métodos anticonceptivos en general y del preservativo/condón en particular? ¿has estado embarazada alguna vez? <p>Historia clínica completa</p> <ul style="list-style-type: none">Edad de la menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas, ciclos menstruales, infecciones genitales y de transmisión sexual, embarazos anteriores, abortos, edad de la pareja.Consumo de tabaco, drogas, alcoholEnfermedades previas: depresión, diabetes, hipertensión arterial, bocio, epilepsia, enfermedades de la coagulación, glaucoma y otros problemas de visión, jaquecas y cefaleas.Trastornos de la alimentación: obesidad, anorexia <p>Examen físico</p> <ul style="list-style-type: none">Presión arterial, peso, tallaEstadios de TannerTiroidesExamen pélvico: a veces puede diferirse a una segunda consulta para darle tiempo a estar preparada para ello.(Espéculo y tacto genital)PAP y estudio bacteriológico de secreciones vaginales. <p>Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none">Si no hay elementos anormales no estaría indicado previo a iniciar método anticonceptivo.	<p>No hay ningún método ideal</p> <ul style="list-style-type: none">Para decidir por un método es necesario evaluar la reversibilidad, la efectividad, los riesgos, la tolerancia y aceptabilidad del método. <p>Considerar</p> <ul style="list-style-type: none">Frecuencia de las relacionesNúmero de parejas sexualesHistoria de infecciones genitalesCapacidad para el uso constante del método <p>Alentar a que concorra con la pareja</p> <ul style="list-style-type: none">La responsabilidad de elección y el uso de métodos anticonceptivos no debe ser solamente de la mujer. Estimular a que el varón participe y comparta la responsabilidad. <p>Métodos elegibles para adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"><u>Hormonales</u>: píldoras combinadas o de gestágenos solo, inyectables e implantes de gestágenos.<u>Mecánicos de barrera</u>: preservativo/condón masculino, femenino. Ventaja adicional de prevenir infección transmisión sexual.<u>Anticoncepción de emergencia</u>: falla de método anticonceptivo, omisión de más de 3 píldoras, retraso en recibir el inyectable (más de 14 semanas del último), EIP reciente, abuso sexual. <p><i>Se prefiere doble método: hormonal y de barrera (preservativo/condón, preservativo femenino)</i></p> <ul style="list-style-type: none">DIU no se recomienda en adolescentes nulíparas por los riesgos de infección e infertilidad. Los métodos naturales son difíciles de usar por la alta frecuencia de ciclos irregulares que presentan las adolescentes, por el tipo de comportamiento sexual y la práctica y conocimiento que se requiere. <p>Seguimiento</p> <ul style="list-style-type: none">8 semanas después: peso, presión arterial, y aparición de cefaleas, alteraciones del humor, sangrados.6- 12 meses: examen pélvico, PAP, investigar infecciones genitales.

Adolescente sin relaciones sexuales	¿Qué método puede elegir el/la adolescente?
<p>Historia clínica y examen físico completos</p> <p><i>Evaluar categoría de riesgo</i></p> <p>Investigar en que estadio de "petting" se encuentra. Estos estadios se refieren al nivel de actividad sexual no coital (estadio I a III) que consiste en tomarse de la mano, besarse, abrazarse, acariciar genitales a través de la ropa, caricias sin la ropa, y estadios IV y V que corresponde a la relación sexual completa.</p>	<p><i>Si no ha iniciado actividad sexual: Bajo riesgo</i></p> <p>Valorar y reforzar la abstinencia, orientar y ofrecer información para lograr una mayor seguridad en ella misma. Deben saber que no son los únicos que hay muchos/as adolescentes que aún no se ha iniciado en las relaciones sexuales.</p> <p><i>Si está en estadio I o III. Riesgo moderado</i></p> <p>Valorar y reforzar la abstinencia, orientar y ofrecer información para lograr una mayor seguridad en ella misma. Orientar sobre la decisión o no de iniciar relaciones sexuales, cómo lo percibe y qué piensan los padres. Al mismo tiempo orientar a considerar lo que significa sexo sin riesgos, y cómo disminuir esos riesgos.</p>

☐ Métodos anticonceptivos para los/as adolescentes

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

Método		Ventaja / desventaja	Riesgos	Efectos secundarios	Beneficios no contraceptivos
Mecánicos (mujeres)	Espermicidas	Accesibles, económicos, cierta privacidad. Deben usarse con otro método (preservativo/condón) para mayor eficacia	Mínimo	Alergia, irritación	Protege contra ITS (menor que con preservativo/condón)
	Diafragma, copa cervical, esponja	Requiere colocación médica, difícil de usar, no muy económico, motivación; efectivo.	Infecciones vaginales, síndrome shock tóxico	Irritación mecánica e infecciosa; molestias por mal colocado	Se usa con espermicidas, protegen contra ITS, aunque menos que preservativo/condón.
	Dispositivo intrauterino (DIU)	Requiere colocación médica, efectivo, no interfiere con acto sexual, requiere control estricto de la adolescente.	Riesgo mayor de EIP; perforación uterina; secuelas fertilidad, embarazo ectópico; anemia.	Dolores menstruales; mayor sangrado menstrual e intermenstrual.	Ninguno conocido, excepto los que liberan progesterona que disminuye el sangrado y el dolor menstrual.
Otros métodos	Ritmo / Billings	No requiere prescripción, necesita explicación detallada y tener ciclos muy regulares. Requiere mucha motivación y control, alto riesgo de fracaso	Ninguno	Ninguno	Ninguno conocido; NO protegen contra las ITS
	Coito interrumpido	No requiere prescripción, necesita explicación detallada y mucho control; alto riesgo de fracaso; eyaculación prematura; placer limitado	Ninguno	Ninguno	Ninguno conocido; NO protegen contra las ITS
	Amenorrea de la lactancia (MELA)	Solamente si es pecho exclusivo, no se dan suplementos al niño y se lo alimenta a demanda; es solamente temporal, hay que agregar un método apenas cambien estas condiciones	Ninguno	Ninguno	NO protege contra las ITS Provee excelente nutrición a los niños menores de 6 meses

Anticoncepción de emergencia

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

Cuando se usan en las primeras 72hs postcoito reducen el riesgo de embarazo en 75%

Los/as adolescentes deben estar informados/as y tener este método disponible en todo momento, o debe tener la oportunidad de consultar de inmediato para que le sea indicado inmediatamente

Se recomienda el uso de píldoras combinadas a las dosis que se indican en la tabla anterior.

Cuando la adolescente no puede recibir estrógenos, se puede usar la píldora de progestágeno solo, o el danazol.

Si bien la inserción del DIU es un método efectivo, que se usa en adultas quienes luego lo mantendrán como método anticonceptivo permanente, muchas mujeres no son buenas candidatas (infecciones previas, múltiples parejas) y no se recomienda en adolescentes salvo en casos muy específicos que no se puedan usar hormonas

Prevenir a las adolescentes sobre los posibles efectos secundarios: Nauseas, vómitos, irregularidades menstruales, menorragia.

Todos/as las adolescentes y sobre todo los/as que están usando un método de barrera o un método natural deben conocer los métodos de emergencia, tenerlos disponibles y saber cómo usarlos.

También deben saber que no pueden ser usados como un método regular ni permanente.

Anticoncepción de emergencia / Píldora post-coital		
Tipo de método	Dosis	Efectividad y efectos secundarios
Método de Yuzpe (se pueden usar los anticonceptivos combinados disponibles, adecuando el número de píldoras a la dosis requerida)	200 mcg etinilestradiol + 2,0 mg norgestrel o 1mg levonorgestrel 2 dosis separadas por 12 horas	Más efectivas en las primeras 12-24 hs postcoito (no más de 72 hs) Nauseas y vómitos
Píldora de progestágeno solo	0,6 mg - dosis única de norgestrel 0,75 mg – dosis repetidas de levonorgestrel	Debe tomarse dentro de las 12 hs postcoito Antes de las 8 hs postcoito la primera y repetir a las 24hs Irregularidades menstruales y menorragia
DIU	Inserción de un DIU entre 5-7 días postovulación, luego de una relación sin protección	Es efectivo pero se usa mucho menos que los hormonales por el riesgo de infección y complicaciones en las adolescentes.
Danazol (andrógeno sintético)	800mg en 2 dosis separadas por 12 hs.	Hay controversias en cuanto a su efectividad, pero es una buena opción cuando no se pueden usar estrógenos ni progestágenos.

□ Sexualidad y anticoncepción de adolescentes con enfermedades crónicas

La sexualidad de los/as adolescentes con enfermedades crónicas es un tema que preocupa a los/as adolescentes, los/ s padres/madres y a los trabajadores de la salud. Los/as adolescentes con enfermedades crónicas tienen dilemas, dudas, temores, preocupaciones y necesidades sobre todos los aspectos de la sexualidad, semejantes a las que tienen los/as adolescentes sin enfermedades crónicas. Las únicas diferencias derivan del tipo de enfermedad y las condiciones que pueden retrasar el desarrollo puberal o que impiden su movilidad.

Los/as adolescentes con enfermedades crónicas

- Tienen iguales aspiraciones sociales y sexuales que sus pares sin enfermedad, pero muchos pueden tener menos oportunidades de desarrollarlas.
- Requieren información y educación sobre sexualidad y tienen iguales necesidades desde el punto de vista de salud sexual y reproductiva que sus pares sin enfermedad crónica.
- Son más vulnerables desde el punto de vista sexual.
- Las dificultades para el desarrollo de su sexualidad están en función de las limitantes de su enfermedad.
- Aún aquellos con alteración medular espinal pueden experimentar excitación y orgasmo de alguna manera, a través del contacto con otras partes del cuerpo y con la fantasía.
- Tienen derecho a información y acceso adecuado a los métodos anticonceptivos.

Para apoyar el desarrollo de la sexualidad de adolescentes con enfermedades crónicas, hay que establecer cuándo y por qué necesitan información específica sobre sexualidad y métodos que los protejan del embarazo y las ITS:

- a) Si el /la adolescente se interesa o solicita información sobre sexualidad puede ser porque ya tiene relaciones sexuales o planea tenerlas en un futuro próximo.
- b) Si el/la adolescente no puede solicitarlo por sí mismo/a porque su desarrollo intelectual se lo impide, pero sus padres tiene temor a un embarazo. Este/a adolescente con retraso mental constituye un grupo especialmente vulnerable y difícil para trabajar con él.
- c) Si los/as padres/ madres solicitan un método anticonceptivo sin que el/la adolescente haya recibido ninguna educación sexual previa.

La consejería sobre anticoncepción debe considerar:

- El sexo del/de la adolescente.
- Tipo de pareja.
- Capacidad manual y destreza que sea capaz de desarrollar.
- Desarrollo intelectual y cognitivo.
- Tipo de enfermedad crónica.

Métodos anticonceptivos para adolescentes con retardo mental

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

Métodos anticonceptivos para adolescentes con enfermedades crónicas

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

□ Embarazo

□ Consejería ante sospecha de embarazo

Aspectos a considerar	¿Qué preguntar e informar?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe realizarse previa a la solicitud de la prueba de embarazo. ▪ El objetivo es acompañar a la adolescente para que reconozca su conducta sexual y que el embarazo puede ser una posibilidad. ▪ Logre mayor poder para la toma de decisión sobre su sexualidad, su probable embarazo y su cuidado. ▪ Trabajar estereotipos de género masculino y femenino y relaciones de equidad entre varones y mujeres. ▪ Seleccione el método anticonceptivo más apropiados para ella y su pareja, en caso que el diagnóstico sea negativo (Ver consejería sobre anticoncepción). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preguntar si conocen en su familia que él/ella tiene relaciones sexuales. En caso negativo explicar claramente por qué sería importante que su familia lo sepa y cuáles serían las condiciones para darlo a conocer. ▪ Explicar claramente las normas de confidencialidad. ▪ Elegir la persona en quien se confiara el diagnóstico de embarazo en caso de ser positivo, la modalidad y el momento en que se le transmitirá la información. ▪ Si no puede comunicarlo sola, ofrecer la consejería como espacio para el diálogo con los padres en una entrevista conjunta. ▪ Riesgos de las diferentes alternativas ante un probable embarazo. ▪ Prevención de depresión y suicidio. ▪ Prevención del siguiente embarazo. ▪ Contenidos de género relativos a la maternidad/ paternidad.

□ Control prenatal

Se recomienda usar la historia clínica perinatal (SIP) como registro adicional a la historia del adolescente.

Período antenatal o preconcepcional	Período prenatal	Embarazo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Corresponde al cuidado de la salud de la adolescente desde la etapa prepuberal y puberal hasta el embarazo. ▪ Estos cuidados incluyen crecimiento y desarrollo normal, buen estado nutricional (falta de anemia), desarrollo emocional, relación familiar y social, inicio de las experiencias sexuales, orientación y educación sexual, uso de anticoncepción y prevención de patología ginecológica e ITS, abuso sexual, embarazos no deseados, relaciones equitativas con los varones para la toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Corresponde al embarazo e incluye: control y evolución del embarazo, detección de factores de riesgo, detección y tratamiento precoz de patologías obstétricas y/o médicas, referencias a niveles de control y tratamiento según riesgo, información y educación sobre el embarazo, parto, lactancia, maternidad/ paternidad adolescente, empoderamiento para la toma de decisiones sobre el futuro del hijo, capacidades personales, no sólo reproductivas, sino creativas y productivas, reinserción en el sistema educativo o 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muchas adolescentes reciben pocos cuidados prenatales o atención prenatal más tardía que las adultas, vinculado a que retrasan el diagnóstico del embarazo. ▪ Las adolescentes captadas precozmente y que reciben cuidados prenatales de acuerdo a sus necesidades no tienen mayor riesgo que las adultas de igual raza, igual medio sociocultural y económicos e iguales factores de riesgo. ▪ Las menores de 15 presentan mayor morbilidad y mortalidad. ▪ Muchas adolescentes

	<p>laboral, prevención de futuros embarazos no deseados a la madre y su pareja.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ofrecer atención con trabajadores de la salud de ambos sexos. 	<p>carecen de apoyo familiar o de la pareja en el embarazo, y este representa una sobrecarga emocional, psicosocial y física: y necesita el apoyo especializado de equipo de salud sensibilizado con sus necesidades.</p>
--	---	---

Actividades del control prenatal

<p>Anamnesis: antecedentes personales y familiares, educación, estado civil, socioeconómico, factores emocionales, abuso sexual, uso de tabaco, alcohol, drogas, vacunación previa (antitetánica), consumo de alimentos, actividad laboral</p>	<p>Detección de riesgo: Obstétricos y/o médicos y referencias. Psicológicos, sociales, económicos, legales. Orientación y educación: parto y lactancia paternidad/maternidad, adopción, anticoncepción.</p>
<p>Examen físico: estado nutricional, presión arterial, examen obstétrico (altura uterina, localización y tamaño fetal, edad gestacional, vitalidad fetal), examen pélvico (desproporción cefalopélvica, canal del parto, lesiones cuello uterino)</p> <p>En la adolescente embarazada hacer un PAP en la primera consulta y si es normal repetirlo a las 12 semanas posparto. El manejo posparto es semejante al de la adolescente no embarazada.</p>	<p>Acciones: Valorar estado nutricional y suplementación. Apoyo servicio social y legal (abandono, prostitución, disfunción familiar, abuso sexual y físico). Consulta con salud mental.</p> <p>Desarrollo de grupos de aprendizaje para la paternidad/maternidad o educación individual: rol de padres, comunicación, afectividad, anticoncepción, empoderamiento para toma de decisiones, promoción del desarrollo integral del niño.</p> <p>Preparación para reinserción escuela/trabajo. Incluir a la pareja en la consulta, dialogando sobre sus miedos sobre la paternidad.</p>
<p>Laboratorio: hemograma, estudio para sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, chagas, VIH, (con consejería previa) hepatitis B, grupo sanguíneo, glicemia, título anticuerpos rubéola, orina, urocultivo, exudado vaginal, PAP.</p>	<p>Frecuencia del control: necesitan más controles, cada 3 semanas hasta las 28, cada 2 semanas hasta las 32 y semanalmente hasta parto.</p>

Indicadores de riesgo de complicaciones en el embarazo

<ul style="list-style-type: none"> Edad menor de 15 años y/o con menos de un año desde la primera menstruación (menarquia). Desconocimiento de la fecha de su última menstruación (indicador de déficit en acciones de autocuidado). Bajo nivel de instrucción o analfabetismo. Pobreza (necesidades básicas insatisfechas). Embarazo no deseado o negado. Ausencia de compañero o sin amparo familiar. Padres separados o ausentes. Tentativa o intención de aborto. Abuso sexual o violación. Decisión de ofrecer al recién nacido en adopción 	<ul style="list-style-type: none"> Internación psiquiátrica, inestabilidad emocional excesiva o tentativa de suicidio. Trabajo pesado. Consumo de tabaco, alcohol o drogas. Nutrición inadecuada. Dificultad de acceso a los servicios de salud. Acceso tardío al control prenatal. Intercurrencias clínico-obstétricas. Adolescente VIH positivo. Adolescente desnutrida, o que no aumentó de peso durante dos consultas. Antecedentes de feto muerto, malformado, aborto/s, parto prematuro.
--	--

□ Parto y posparto

Actividades para el parto y post-parto

- Asegurar que en el nivel 2 sea atendida por equipo con sensibilidad y experiencia en adolescentes.
- Apoyo emocional durante el trabajo de parto y parto. Respeto de su privacidad y pudor. Necesidad de estar acompañada por pareja o familiar.
- Atención del parto normal o patológico semejante a las adultas.
- Educación individual postparto inmediato sobre cuidados personales, lactancia, paternidad/maternidad, relaciones de equidad entre varones y mujeres, promoción del desarrollo integral del recién nacido.
- Evaluar aspectos legales y sociales (inicio del proceso de adopción si así se decide, paternidad/maternidad adolescente, derechos del recién nacido y sus padres).
- Primer control a los 15 días del parto.
- Control y seguimiento de la madre y del niño, de la pareja y de la familia hasta el año del parto.
- Anticoncepción.
- Estímulo para completar educación.
- Reinserción al medio familiar, social y laboral. Relación con las abuelas.
- Control de la patología ginecológica.

□ Paternidad/maternidad adolescente

Actividades para acompañar la paternidad/maternidad

- Reuniones en grupos de aprendizaje (mensuales) con padres, madres y eventualmente abuelas. Pueden incluirse en el grupo de preparación a la paternidad/maternidad.
- Facilitar contención y ayuda.
- Promover crecimiento y desarrollo integral del hijo y su madre.
- Reflexionar sobre identidad adolescente y roles reproductivo, creativo y productivo entre pares.
- Relaciones equitativas entre varones y mujeres.
- Relaciones con abuelas.
- Empoderamiento para la toma de decisiones y autoestima.
- Derechos del hijo y sus padres.

❑ Recomendaciones para la atención de algunos de los principales problemas de salud

❑ Trastornos menstruales

Realizar siempre la anamnesis, el examen físico y genital completos.

Evaluar el grado de desarrollo o madurez sexual según los estadios de Tanner (ver anexo en capítulo 4), y en las adolescentes que han tenido y/o tienen relaciones sexuales, se debe hacer el examen genital (espéculo y tacto genital bimanual), y el tacto rectal si está indicado tal como se describe en el capítulo 4.

La ecografía ginecológica es una herramienta diagnóstica complementaria que debe tenerse siempre presente para investigar posibles causas anatómicas y/o orgánicas de los trastornos menstruales. Seleccionar aquellas adolescentes que necesitan una ecografía y recurrir a un especialista en el servicio de salud de referencia.

...Dismenorrea

Las menstruaciones dolorosas, de intensidad y causa variable, son un muy frecuente motivo de consulta en las adolescentes. Su frecuencia va aumentando a medida que transcurren los meses luego de la menarquia.

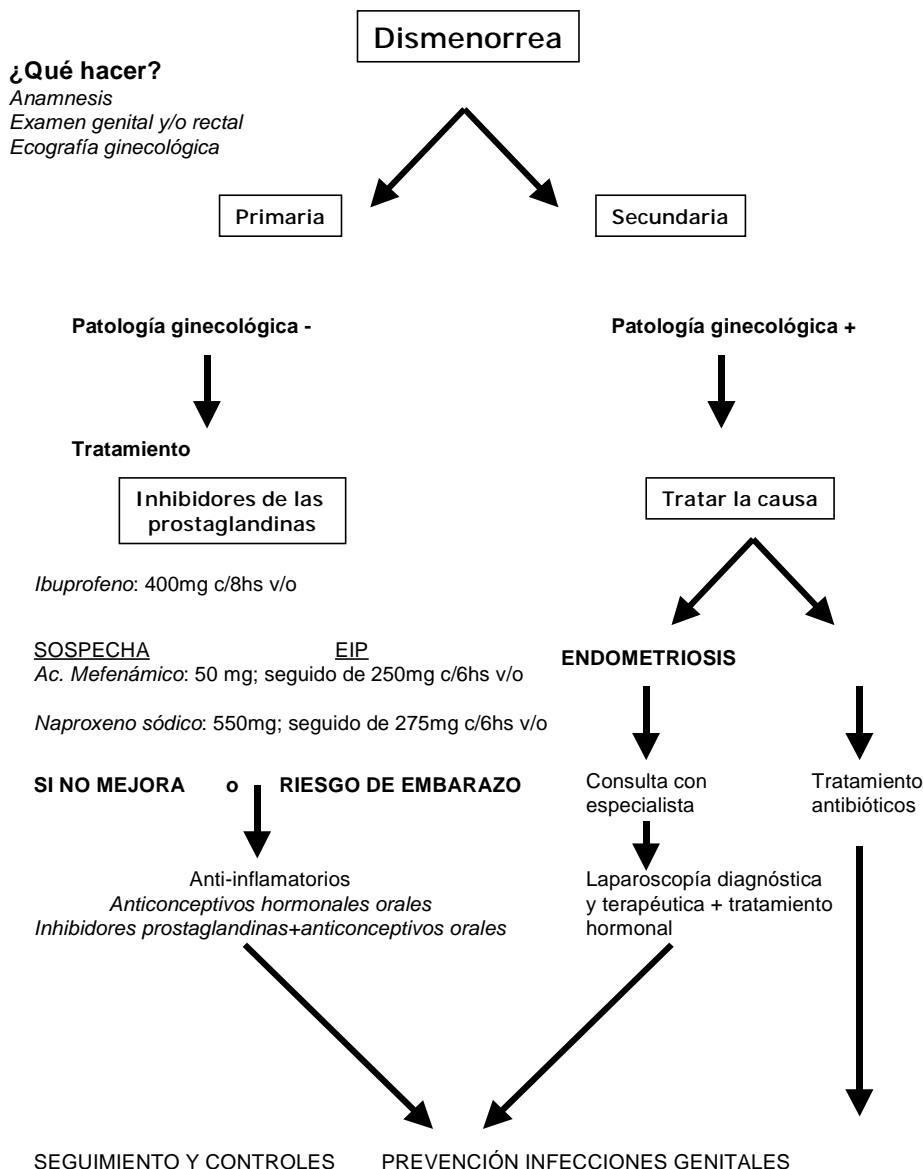
Síntomas

El motivo de consulta es el dolor menstrual. Se debe preguntar sobre las características del dolor (cuándo aparece, dónde se localiza, cuánto dura y si se acompaña de otros síntomas) para identificar si se trata de una dismenorrea primaria o secundaria (causada por una patología específica como infección, tumor, malformación, endometriosis), ya que el tratamiento es diferente.

Causas	Primaria	Secundaria
Características del dolor	Premenstrual e intramenstrual, Difuso, bilateral Pocas horas a días de duración A veces: cefaleas, tensión mamaria, nauseas, vómitos, diarrea	No está siempre relacionado con la menstruación Muchas veces postmenstrual Con la relación sexual Dolor progresivo
Causas	Asociada a la ovulación (acción de la progesterona y prostaglandinas)	Lesión pelviana orgánica: endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), adherencias, DIU, anomalías congénitas.

Exámenes complementarios

Además del examen físico completo, se recomienda la ecografía ginecológica (evaluar alteraciones uterinas, de trompas u ovarios, especialmente endometriosis y quistes). Si se piensa en una endometriosis, **hacer una interconsulta con un ginecólogo** para completar el diagnóstico y el tratamiento. Está indicada la laparoscopia.



Información para la adolescente

¿Cuál es mi problema?

El dolor menstrual es bastante común en las jóvenes. No hemos encontrado nada anormal en tus órganos genitales. El dolor que sientes está indicando que hay ovulación (es decir que tu organismo está funcionando bien, y puede ocurrir un embarazo si no te proteges al tener relaciones sexuales). Las hormonas que se producen son las que causan el dolor.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

Con el tratamiento no tendrá consecuencias para ti en el futuro y no interfiere con futuros embarazos. Si se confirma que es una endometriosis, si la tratas bien ahora y te controlas tampoco tendrás grandes problemas en el futuro.

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

Hay varias formas de tratamiento. Primero es necesario tomar una medicación para tratar el dolor y la inflamación, que puede causar algún malestar en el estómago o alguna reacción alérgica, por lo cual tienes que avisarnos si te producen náuseas, vómitos, ardor de estómago o erupciones en la piel. También se pueden tomar unas píldoras anticonceptivas con hormonas, que actúan impidiendo la ovulación, por lo que además te servirían para prevenir un embarazo, si estás teniendo relaciones sexuales. A veces es necesario tomar los calmantes del dolor y también las píldoras anticonceptivas.

Si el trabajador de salud sospecha una patología hay que explicarle que es mejor que vea al especialista para investigar otras causas y poder tratarlas.

...Metrorragia

Sangrado genital (genitorragia) que proviene del útero.

Síntomas

Genitorragia que ocurre en forma irregular, por lo general abundante por lo que consulta. Preguntar cada cuanto ocurre, cuánto dura, si tiene coágulos, si tiene olor y estimar la cantidad preguntando por la presencia de coágulos y el número de toallas y/o tampones que se cambia porque están empapados, y si ha tenido mareos o sensación de que se va a desmayar en esos períodos. También preguntar si ha tenido dolor, o si tuvo o tiene flujo vaginal.

Causas

Las causas de metrorragia son múltiples pero en las adolescentes la causa más frecuente es la *metrorragia disfuncional*. Está asociada a inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal de la adolescente, y a ciclos no ovulatorios. Al no haber ovulación existe exclusivamente un estímulo estrogénico que no es seguido de la acción de la progesterona que ocurre luego de la ovulación.

Las características de la metrorragia (cantidad, duración, periodicidad) dependen del nivel estrogénico alcanzado y del crecimiento del endometrio en respuesta a los estrógenos.

Siempre se debe investigar otras posibles causas antes de diagnosticar que se trata de un trastorno funcional. Lo primero a descartar cuando la adolescente tiene relaciones sexuales es un posible embarazo complicado con metrorragia: preguntar la fecha de la última menstruación normal y el uso de métodos anticonceptivos.

Causas de Genitorragia	Relacionadas con un embarazo	No relacionadas con un embarazo				
	Amenaza de aborto Embarazo ectópico Embarazo molar	Alteraciones de la coagulación Hipotiroidismo, hipertiroidismo	Infección uterina (Endometritis)	Traumatismo o lesión genital	Tumoración benigna o maligna del útero, vagina, cuello o vulva	Disfuncional
Características que orientan al diagnóstico	Retraso menstrual, adolescente tiene relaciones sexuales sin protección	Desde la menarquia presenta sangrados importantes y otros síntomas como petequias, equimosis fáciles	Historia de flujo vaginal e infección genital baja reciente tratada o no, malestar general, fiebre, dolor hipogástrico; el sangrado es escaso	Historia de traumatismo genital por un accidente Intento de aborto ilegal Abuso sexual	Presencia de tumoración uterina al examen, o en ecografía Lesión de cuello, vagina o vulva	Ausencia de patología o causa evidente de sangrado

Exámenes complementarios

Para descartar causas gravídicas: prueba de embarazo y ecografía ginecológica. La ecografía también sirve para investigar posibles patologías tumorales genitales. Si se sospecha un trastorno de la coagulación, estudio de la crisis sanguínea, o de las hormonas tiroideas si se sospecha trastorno funcional de la tiroides. Si no está sangrando al momento de la consulta, y el cuello uterino o la vagina presentan anormalidades, realizar un PAP y hacer interconsulta para realizar colposcopia. Si se sospecha una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) clínicamente y la adolescente presenta flujo sospechoso de infección genital, realizar exudado y cultivos y si es necesario (repercusión general, fiebre, dolor, genitorragia) hacer interconsulta con un nivel terciario para valoración laparoscópica y toma de muestra para diagnóstico de etiología de la infección. Finalmente valorar la repercusión anémica y hemodinámica mediante control de presión arterial, pulso, hemograma completo con recuento de plaquetas; y clasificar el grupo sanguíneo ABO y Rh en los casos con sangrado activo que pueden requerir transfusión de sangre.

El diagnóstico de metrorragia disfuncional es un diagnóstico de exclusión o descarte. Da tranquilidad al trabajador de la salud, a la adolescente y su familia comprobar en la evaluación que no hay causas orgánicas de sangrado. Sin embargo es importante recordar que estos ciclos anovulatorios se deben diagnosticar y tratar, no solamente por la repercusión hemodinámica y anémica de la metrorragia, sino por las consecuencias futuras que tiene la hiperestimulación estrogénica crónica del endometrio al aumentar el riesgo de cáncer endometrial y por el futuro reproductivo de la joven.

Tratamiento

Si se diagnostica una causa gravídica la adolescente deberá ser referida inmediatamente para su tratamiento específico; y si la causa es un trastorno de la coagulación, un trastorno tiroideo, o una causa infecciosa, también deberá recibir el tratamiento específico.

Una vez descartado el embarazo y confirmado que se trata de una metrorragia disfuncional el tratamiento dependerá de la magnitud o gravedad del sangrado, evidenciado por la repercusión hemodinámica, y de cómo se siente la adolescente con este trastorno de sus menstruaciones.

- a) Sangrado leve: sin repercusión anémica o hemodinámica y que solamente preocupa a la adolescente porque es irregular, se debe dar confianza a la adolescente, explicarle que se trata de un proceso de maduración de su ciclo hormonal que lleva un tiempo. Si la edad ginecológica (período de tiempo desde la menarquia) es de un año o menos, y es una adolescente joven con un sangrado leve, puede no necesitar tratamiento y solamente control periódico hasta que se normalicen sus ciclos, y si no ocurre en los 6 meses siguientes y la genitorragia es leve a moderada comenzar con tratamiento hormonal regulador (progesterona 5mg v/o durante los 10 días últimos del ciclo) y mantenerlo por tres meses. En el caso que la adolescente necesite además prevenir un embarazo, se puede recomendar el uso de píldoras anticonceptivas en lugar de la progesterona con lo cual se regula el sangrado y se evita un embarazo.
- b) Sangrado moderado: comenzar con tratamiento hormonal regulador (progesterona 5mg v/o durante los 10 días últimos del ciclo) y mantenerlo por tres meses; o píldoras anticonceptivas monofásicas con dosis medias-alta de estrógeno y progesterona, 1 píldora c/6 horas hasta que cese la metrorragia y luego continuar con anticonceptivos orales monofásicos, a las dosis habituales 1 por día durante 6 meses para mantener los ciclos y evitar nuevos sangrados. Si no hay repercusión anémica no se requiere suplementación, sí recordar una dieta con niveles adecuados de hierro.
- c) Sangrado importante: si existe repercusión hemodinámica debemos hospitalizar a la adolescente, reponer sangre si es necesario e iniciar un tratamiento urgente con estrógenos i/v por 24 horas. Si no se cuenta con esta medicación se pueden usar dosis más altas de estrógenos v/o o combinación estrógeno/progesterona (Primociston) durante 7-10 días. Alertar a la adolescente que cuando termine de tomar la medicación tendrá un sangrado menstrual "normal". Continuar con anticonceptivos orales por lo menos 6 meses para mantener los ciclos y evitar nuevas hemorragias. En casos excepcionales, en que la metrorragia no cesa con el tratamiento hormonal estaría indicado el curetaje. Esto ocurre muy raramente.

INFORMACIÓN PARA LA ADOLESCENTE

¿Cuál es mi problema?

El sangrado ocurre porque el ciclo hormonal todavía no está completamente maduro. Por eso las irregularidades y por eso a veces es tan abundante. Pero no hay nada malo, no hay tumores ni lesiones. Con el tratamiento el sangrado cesa y te va a venir regularmente y menos cantidad.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

En algunos casos, si es que los ciclos no se hacen regulares y no se produce ovulación, puede ser que cuando seas mayor tengas algunas dificultades para quedar embarazada, lo cual se puede solucionar con un tratamiento adecuado. Sin embargo, lo habitual es que con el tiempo los ciclos se hagan normales y ocurra ovulación.

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

Hay varias formas de tratamiento. Primero con las hormonas se puede hacer que la hemorragia se termine y luego continuar tomando las píldoras por unos meses para que menstrúes regularmente durante ese tiempo.

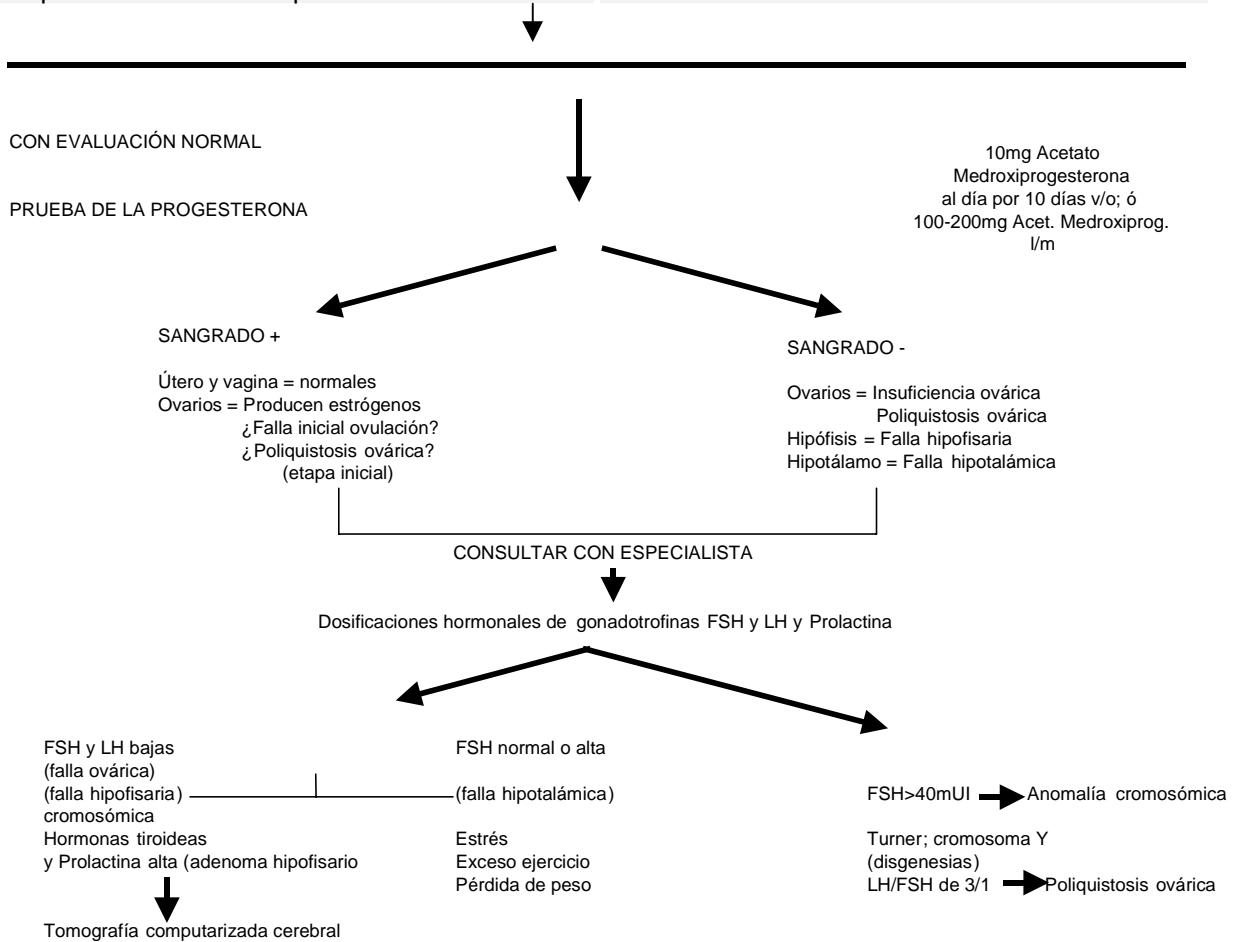
En general al suspender la medicación los ciclos ya se hacen regulares. De nos ser así se puede continuar con el tratamiento. Si no se logra detener el sangrado con las hormonas puede ser necesario hacer un raspado, ya que la pérdida de sangre es importante, pero en general esto no es necesario.

...Amenorrea

La amenorrea no es en realidad una enfermedad sino un síntoma, una manifestación de otro trastorno. Se refiere a la ausencia de menstruación más allá de un límite de tiempo considerado normal.

Datos de la historia clínica y el examen físico	Amenorrea primaria	Amenorrea secundaria
Historia familiar de crecimiento y desarrollo sexual: edades de la menarquia de la madre, abuela, tías, hermanas) Desarrollo de la adolescente en la niñez, aparición de los caracteres sexuales secundarios Historia menstrual Síntomas de embarazo Tipo de dieta; adelgazamiento Nivel de actividad física (atletismo, competencias de alto nivel) Alteraciones emocionales (estrés) Medicación; uso de hormonas. Síntomas y signos asociados: cefaleas, trastornos visuales, palpitaciones, taquicardia, aumento del vello corporal, salida de leche por pezones Estadío de Tanner	sin menarquia a los 14 ó 15 años, con ausencia de caracteres sexuales secundarios sin menarquia de los 16 a 18 años con o sin caracteres sexuales secundarios sin menarquia a pesar de haber alcanzado un Tanner mamario 5 un año antes sin menarquia a pesar de haber iniciado desarrollo mamario Tanner 2, cinco años antes	3 o 4 períodos menstruales ausentes luego de haber menstruado siempre regularmente desde la menarquia 6 o más períodos menstruales ausentes precedidos de períodos irregulares

¿Qué hacer?	¿Qué evaluar?
Examen físico, entrevista clínica, prueba de embarazo, ecografía	Evaluar el estadio de Tanner y Descartar embarazo
Descartar malformaciones del aparato genital: (examen ginecológico, ecografía)	Himen imperforado Ausencia útero o vagina Adherencias uterinas o vaginales
Investigar posibles enfermedades	Diabetes Hipotiroidismo Tuberculosis Enfermedad de Crohn Desnutrición Trastornos neurológicos Virilización (exceso de andrógenos)
Evaluar factores de estrés	Entrenamiento físico exagerado (ballet, atletismo) Trastornos alimentarios (anorexia, bulimia) Conflictos familiares o escolares
Suspensión de anticonceptivos	



Quando la amenorrea es prolongada y con niveles de estrógenos bajos, hay mayor riesgo de descalcificación para la adolescente. Es importante hacer el diagnóstico y hacer interconsultas para tratar a las adolescentes en forma oportuna para evitar daños futuros. Por las consecuencias vitales para la adolescente, se debe investigar un posible trastorno de la alimentación y hacer interconsultas rápidamente. Pero también hay que recordar que si bien la anorexia y el estrés así como el ejercicio excesivo se asocian a la amenorrea, hay que asegurarse que no exista un tumor encefálico o una disgenesia gonadal con riesgo de transformarse en un cáncer.

Información para la adolescente

¿Cuál es mi problema?

Si aún no tuvo la menarquía, explicarle que no todas las mujeres se desarrollan a la misma edad, pero que por los cambios que vemos va a ocurrir pronto. Si hace meses que no le viene, explicar que vamos a hacer algunos exámenes, que puede ser que esté pasando por un periodo de estrés que hace que los ovarios no funcionen bien. Pero que todo muestra que el útero está bien y que no hay embarazo.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

Si trabajamos juntos y hacemos bien el tratamiento, podremos evitar los problemas en el futuro. Como por ejemplo no quedar embarazada. Puede ser necesario operar los ovarios, o puede ser necesario que recibas hormonas por un tiempo.

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

Deberías tomar una hormona para ver si hay sangrado y después hacerte otros exámenes. Como deseamos hacer todos los exámenes necesarios sería conveniente que vayas a ver a un especialista. Él te verá y te controlará para solucionar el problema.

...Oligomenorrea

Es muy frecuente causa de consulta. Para algunas adolescentes la aparición de la menstruación cada 45 a 90 días representa un motivo de preocupación.

Síntomas y signos

Ciclos menstruales de entre 45 a 90 días sin otra sintomatología asociada.

Causas y diagnósticos diferenciales

- Disfunción fisiológica del eje hipotalámico-hipofisario-gonadal recuente en los primeros 2-3 años posteriores a la menarquía.
- Etapa inicial de la poliquistosis ovárica.
- Falla ovárica prematura.
- Otras alteraciones endócrinas (tiroideas, diabetes).
- Gran pérdida de peso.
- Desequilibrios emocionales.
- Situaciones de estrés o cambio importante.

¿Qué hacer?

Siempre descartar un embarazo. Cuando la oligomenorrea persiste después de los dos años, la evaluación y el tratamiento son semejantes a los de la amenorrea.

Pseudopolimenorrea y dolor abdominal ovulatorio Corresponde al sangrado que acompaña a la ovulación y que la adolescente interpreta como una nueva menstruación.

Síntomas y signos	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial
Sangrado leve y breve en duración (1-2 días)	Diagnóstico clínico	Torsión de ovario y trompa
Con o sin dolor abdominal = dolor en hemiabdomen inferior derecho o izquierdo, intermenstrual (8 hs a 3 días)	Ecografía: pequeñas cantidades de líquido postovulatorio, en el fondo de saco peritoneal	Quiste del ovario
Distensión del abdomen inferior		Embarazo ectópico si relaciones sexuales
Moco cervical como clara de huevo		Ciclos anovulatorios cortos

Tratamiento

- Descartar diagnósticos diferenciales
- Informar a la adolescente sobre la causa del sangrado intermenstrual y el dolor, tranquilizándola a ella y su familia.
- Analgésicos- antiespasmódicos.
- Si se necesita prevenir embarazo o los síntomas son muy importantes pueden estar indicados los anticonceptivos orales para inhibir la ovulación.

...Síndrome premenstrual (SPM)

Es un conjunto de síntomas de tipo emocional y físico muy frecuente en las adolescentes que aparecen poco antes de la menstruación y desaparecen poco después del inicio de la misma. Esta condición preocupa mucho a las adolescentes porque no conocen cuál es la causa, y porque afecta su vida escolar, social y familiar. El SPM se asocia con frecuencia con la dismenorrea.

Síntomas	Causas	Diagnóstico	Tratamiento
Emocionales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión ▪ Irritabilidad ▪ Fatiga ▪ Apetito inusual Físicos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edemas ▪ Cefaleas ▪ Tensión mamaria ▪ Distensión abdominal ▪ Diarrea ▪ Estreñimiento ▪ Dolor en las piernas 	Hormonales Exceso estrógeno Déficit progestestágenos Déficit de piridoxina Alteración del metabolismo de los glúcidos Influencia sociocultural	Exclusivamente clínico	Informar, explicar. Restricción de sal, diuréticos solamente con edemas importantes Ejercicio físico adecuado Piridoxina, 50 a 200mg por día v/o durante varios meses Progesterona en la segunda mitad del ciclo Anticonceptivos orales Ninguno 100% Efectivo
Aparecen 48 a 72 horas antes de la menstruación. Desaparecen 24 a 48 horas luego de menstruar.	Desconocidas y poco comprobadas.	No se necesitan exámenes complementarios	Puede ser necesario una consejería para trabajar sobre los roles de la mujer y del varón.

Información para la adolescente

¿Cuál es mi problema?

Por causas que todavía no conocemos bien los médicos, aparecen estas molestias premenstruales, que seguramente están relacionadas con algo que ocurre en la menstruación. Para sentirte mejor debes saber que la falta de ejercicio, comer con demasiada sal, o consumir pocas vitaminas puede hacer que los síntomas empeoren.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

No se trata de una enfermedad, aunque sí es molesto para ti, ten la seguridad que no es algo grave para tu salud.

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

Deberías saber que no hay un tratamiento totalmente efectivo, ya que tampoco se sabe cuál es la causa.

Sin embargo puedes venir a conversar con cualquiera del equipo de salud cada vez que te sientas mal durante este período. Debiéramos trabajar juntos para que mejores tu dieta, comas con menos sal, hagas ejercicio. De ser necesario quizás debieras tomar unas vitaminas y/o píldoras anticonceptivas. Esto lo vamos a conversar más adelante.

□ Infecciones genitales

...Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Estas infecciones producen una alta morbilidad entre los/as adolescentes y jóvenes. Las más frecuentes son las vaginitis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), uretritis, epididimitis, orquitis, proctitis y perihepatitis.

La alta frecuencia y los recursos insuficientes de algunos servicios de salud, complican su la reducción de su incidencia.

Si bien el principal objetivo es la prevención primaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno pueden evitar las complicaciones que llegan a poner en peligro la vida de los/as adolescentes y su futuro reproductivo.

Las complicaciones incluyen: enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), sepsis, infertilidad, embarazos ectópicos, infecciones y malformaciones congénitas del recién nacido si existe un embarazo concomitante.

Síntomas y signos	Diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento secreción vaginal ▪ Aumento secreción uretral ▪ Coloración anormal (blanca, blanca grumosa, agrisada, amarillenta, amarillo-verdosa) ▪ Olor anormal (fetidez, o pescado) ▪ Picazón ▪ Quemazón ▪ Genitorragia escasa ▪ Ulceraciones perineales ▪ Vesículas perineales ▪ Verrugas perineales 	<p>Las características de las secreciones orientan a la posible etiología. En algunos casos el diagnóstico es principalmente clínico: verrugas o condilomas acuminados = infección por Papiloma virus humano (HPV); vesículas y dolor = herpes simple</p> <p>Es ideal contar con un microscopio para el examen directo de las secreciones (cándidas, tricomonas). Es ideal contar con solución de hidróxido de potasio (KOH) (Al contacto con las secreciones produce olor semejante a pescado = vaginosis bacteriana, Gardnerella Vaginalis)</p> <p>Es ideal poder tomar la muestra para estudio bacteriológico cuando se examina al/a la adolescente por primera vez.</p> <p>Para poder diagnosticar infección por gonococo o clamidia, la muestra debe extraerse siempre del endocervix o de dentro de la uretra (si están disponibles hay estudios inmunológicos específicos aunque son costosos)</p> <p>Cuando se trata una infección genital por gonococo y no hay buena respuesta al tratamiento, lo habitual es que haya una infección por clamidia sobre agregada: siempre que se trate una gonorrea y no haya respuesta al tratamiento, se recomienda realizar el tratamiento para la infección por clamidia</p> <p>Existen técnicas de laboratorio más sofisticadas y específicas que deben utilizarse siempre que estén disponibles.</p> <p>Realizar la evaluación, tratamiento y seguimiento de los contactos de los/as adolescentes con ITS</p> <p>Conocer con qué estudios diagnósticos y con qué antibióticos se cuenta en el servicio de salud.</p> <p>Contar con un servicio de referencia en el segundo o tercer nivel de atención.</p>
Factores Psicosociales	
<p>Tener en cuenta las repercusiones emocionales de un diagnóstico de ITS, que pueden consistir en pérdida de la autoestima, sentimiento de humillación, depresión, intentos de suicidio, furia, ataques físicos, celos, negación, aislamiento.</p> <p>Se recomienda interconsultar con un/a psicólogo/ y requerir apoyo psicoterapéutico cuando fuera necesario. Asegurar confidencialidad.</p>	

Síntomas y signos	Diagnóstico		
Tratamiento de ITS en varones y mujeres			
Secreción Vaginal/ Uretal			
ITS	Hallazgos clínicos	Diagnóstico	Tratamiento
Vaginosis bacteriana	Mujeres: Secreción vaginal, grisácea con olor a pescado. Puede no ser de transmisión sexual.	> 20% "clue cells" en el exudado; ph vaginal alto; prueba con el kph + (olor a pescado).	Metronidazol 400mg c/8hs, 7 días; + óvulos metronizadol 1 diario 7 días. Embarazadas: ampicilina 500mg v/o c/6hs, 7 días + óvulos metronidazol.
Candidiasis	Mujeres:Flujo blanco, grumoso, adherente, picazón. Varones: Inflamación e irritación del pene Puede no ser de transmisión sexual.	Visualización de las esporas y pseudofilamentos al microscopio en el exudado.	Mujeres: Óvulos de isoconazol o miconazol, o clotrimazol (3 dosis, o 7 dosis, una por día) Crema de isoconazol o miconazol una aplicación diaria por 7 días Fluconazol 150 mg 1 dosis V/o Varones: Crema de isoconazol o miconazol una aplicación diaria por 7 días Puede usarse aplicación local de violeta de genciana
Tricomoniiasis	Mujeres:Flujo blanco espumoso, con fetidez, blanco verdoso, picazón Varones: Secreción uretral	Observación del protozooario en fresco en el exudado	Metronidazol 2gr en una dosis, o 400mg v/o c/8hs, 7 días Tinidazole: 2gr en una dosis

Síntomas y signos		Diagnóstico	
Tratamiento de ITS en varones y mujeres			
Secreción Vaginal/ Uretal			
Gonorrea	<p>Mujeres: 70% asintomáticas Secreción vaginal o periuretral purulenta, expresión uretral purulenta, dolor al orinar</p> <p>No tratada produce EIP</p> <p>Varones: Dolor al orinar, secreción uretral purulenta. No tratada produce epididimitis, abscesos, infertilidad por obstrucción.</p>	<p>Mujeres: 40-60% + en examen del exudado (diplococos gram -)</p> <p>Varones: 98% + en examen del exudado (diplococos gram -)</p>	<p>V/o: Amoxicilina 3 gr + ác. Clavulánico 250mg +1gr probenecid una dosis para los varones, y en 2 dosis para las mujeres</p> <p>Norfloxacina 800mg una dosis</p> <p>I/m: Penicilina procaínica g 4,8mill + 1gr probenecid</p> <p>Ceftriazona 250 mg Espectinomicina 2gr</p>
Clamidia	<p>Mujeres: Síntomas escasos, congestión, irritación vulvovaginal y cervical, secreción escasa inespecífica muco purulenta Varones: 50% de las uretritis no gonocócicas</p>	<p>Cuello uterino que sangra fácilmente, no se encuentra gonococo</p> <p>Se necesitan hacer pruebas serológicas/inmunológicas para diagnóstico +</p>	<p>Doxiciclina 100mg v/o c/12hs, 7 días</p> <p>Azitromicina 1gr v/o dosis única (no usar en adolescentes menores de 16años ni en embarazo) Embarazo: eritromicina 500mg v/o c/6hs, 10 días</p>
Úlceras genitales y pápulas			
ITS	Hallazgos clínicos	Diagnóstico	Tratamiento
Sífilis	<p>Primaria y secundaria: Úlcera indolora perineal en labios o pene con ganglios bandos e indoloros. Luego se transforma en una erupción cutánea rosada</p> <p>Si no se trata se transforma sífilis terciaria, afectando aparato cardiovascular y cerebro y produce frecuentemente la muerte</p>	<p>Examen al microscopio de fondo oscuro de las secreciones del fondo de la úlcera (treponemas)</p> <p>Prueba de vdrl + luego que la úlcera desaparece</p>	<p>Primaria/secundaria: Penicilina benzatínica 2.4mill u i/m</p> <p>Si alergia: eritromicina 500mg v/o c/6hs, 15 días</p> <p>Terciaria: Penicilina procaínica g, 600.000u i/m , 21 días o eritromicina 500mg v/o c/6hs, 28 días</p> <p>Embarazo: si diagnosticada en el último trimestre, debe hacerse tratamiento i/v con penicilina cristalina hasta el parto para tratar al feto.</p>

Síntomas y signos		Diagnóstico	
Tratamiento de ITS en varones y mujeres			
Secreción Vaginal/ Uretal			
Linfogranuloma venéreo	<p>Pápulas pequeñas indoloras</p> <p>Tumoraciones en las regiones inguinales que se fistulizan y drenan</p> <p>Si no se trata se bloquea el drenaje linfático y produce elefantiasis</p>	No hay pruebas específicas, es clínico	<p>Tetraciclina 500mg v/o, c/6hs, 14 días</p> <p>Doxiciclina 100mg v/o c/12 hs, 14 días</p> <p>Eritromicinan 500mg v/o c/6hs, 14 días</p>
Granuloma inguinal	<p>Rara</p> <p>Tumoraciones subcutáneas que se abren y forman úlceras</p>	Identificación de los cuerpos de donovan intracelulares	<p>Tetraciclina 500mg v/o, c/6hs, 10 días</p> <p>Trimetropin/sulfametoxa sol 150/800mg c/12 hs 10 días</p>
Chancroide	<p>Muy frecuente</p> <p>Úlceras sucias y muy dolorosas en los genitales</p> <p>A veces con ganglio linfático + inguinal</p>	<p>Pruebas para la sífilis negativa</p> <p>Bacterias gram – en la secreción de las vesículas con “cardumen de pescado”</p>	<p>V/o:</p> <p>Trimetropin/sulfametoxa sol 150/800mg 8 tabletas por día, 2 días</p> <p>Eritromicina 500mg c/6hs, 7 días</p> <p>I/m:</p> <p>Ceftriazona 250mg</p> <p>Espectinomicina 2gr</p>
Vesículas: Interconsulta con servicio especializado			
ITS	Hallazgos clínicos	Diagnóstico	Tratamiento
Herpes simple tipo 2	<p>Vesículas dolorosas, planas, que mejoran en 15-20 días</p> <p>Puede agregarse infección y dolor intenso al orinar con retención de orina</p> <p>Es común la recurrencia de cuadros menos severos.</p>	Diagnóstico clínico, aunque puede hacerse estudio de anticuerpos para herpes 2.	<p>Mantener la zona limpia y seca</p> <p>Tratar el dolor localmente</p> <p>Crema antiviral y tabletas antivirales</p> <p>Si infección: trimetropin/sulfametoxas ol 150/800mg c/12 hs 5 días</p>

Verrugas, condilomas acuminados: Interconsulta con servicio especializado

ITS	Hallazgos clínicos	Diagnóstico	Tratamiento
Virus papilomatoso humano Hpv (condilomatosis)	Verrugas de aspecto de coliflor en el periné (vulva, vagina, ano, pene)	Diagnóstico clínico, aunque puede hacerse mediante estudio inmunohistoquímico, o por la presencia de células coilocitos en el pap o por colposcopia y biopsia	Tratamiento tópico local en el consultorio con ácido tricloroacético 75%; podofilino al 20%; crioterapia; nitrógeno líquido, cirugía. No usar podofilino en las adolescentes, las embarazadas ni en las mucosas

Tratamiento de ITS sin laboratorio bacteriológico

Síntoma	Medicación	Beneficio
Secreción uretral	Tetraciclina 500mg c/6hs/7días Penicilina procaína 4.800 millones + tetraciclina o azitromizina 1 gr	Económico, trata gonorrea, clamidia, y sífilis
Flujo vaginal	Tetraciclina 500mg c/6hs/7días Penicilina procaína 4.800 millones + tetraciclina o azitromizina 1 gr Agregar fluconazol o ketoconazol óvulos y v/o si no mejora Si embarazo: eritromicina en lugar de tetraciclina, usar solamente antimicóticos en óvulos	Económico y simple de usar
Ulceras genitales	Lesión no supurativa con adenopatía: sífilis (penicilina benzatínica 2.400 millones i/m. Si la lesión es vesicular: herpes (limpiar, analgésicos, crema antiviral y antivírico v/o)	Asumir infección por sífilis o por herpes
Verrugas genitales	Hacer interconsulta para su tratamiento completo y evaluación Toques con ácido tricloroacético o podofilino	Asumir condilomatosis perineal
Enfermedad inflamatoria pélvica	Hacer interconsulta con servicio especializado: antibióticos intravenosos Comenzar con: penicilina procaína 4.800 millones y doxiciclina o azitromicina	Asumir infección inicial por gonococo y/o clamidia

Adaptado de Meheus, A.Z.: "Practical Approaches in Developing Nations". En Holmes, K.K., Mardh, P.A., Sparling, P.F., Weisner, P.J. (Eds): *Sexually-transmitted Diseases*. New York; McGraw Hill, 1984. Citado por Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M., Suárez Ojeda, N.E.: *Manual de medicina del adolescente*. OPS/OMS, Washington DC, 1992: 181.

Información para los/as adolescentes

¿Cuál es mi problema?

Todo indica que hay una infección genital, algunas de estas infecciones se transmiten con la relación sexual, y probablemente eso fue lo que te pasó. Tienes que cuidarte para que esto no te vuelva a ocurrir y una de las formas es estar seguro/a es usar siempre un preservativo/condón/preservativo femenino, en cada relación sexual y venir a los controles para examinarte, hacer las pruebas y diagnosticar estas infecciones rápido para tratarlas.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

Si se diagnostican y tratan a tiempo en general no ocurre nada, pero pueden traer complicaciones si no se tratan a tiempo o si tú no vuelves al control. Las complicaciones son infecciones del útero, abscesos en los ovarios y las trompas, peritonitis, infección general o cuando desees quedar embarazada puedes tener más riesgo de infertilidad, embarazos ectópicos, o dolores pélvicos crónicos. Si estás embarazada pueden ocurrir complicaciones como muerte del niño en el útero, parto prematuro, o ruptura de la bolsa de aguas. Para los varones, las estrecheces uretrales futuras con trastornos urinarios y compromiso de la fertilidad.

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

Hay que hacer pruebas para investigar qué tipo de infección tienes y debieras hacer un tratamiento con antibióticos. También usarás unas tabletas que se colocan dentro de la vagina, una por noche, con las manos limpias. Es muy importante hacer el tratamiento completo para asegurar la curación completa. También es necesario que tu pareja se estudie y se trate, así no vuelven a enfermarse.

...Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)

Infección aguda del útero, trompas y/o ovarios y del peritoneo pélvico. Es muy importante hacer el diagnóstico tempranamente, ya que las complicaciones son graves: absceso tubario u ovárico, absceso de Douglas, peritonitis, sepsis, infertilidad en mujeres y varones, embarazo ectópico.

Síntomas

Muchas veces son inespecíficos, pensar siempre en la posibilidad de una EIP en adolescentes con actividad sexual y antecedentes de infecciones genitales.

Síntomas y signos locales	Síntomas y signos generales
<ul style="list-style-type: none">▪ Dolor abdominal difuso▪ Genitorragia escasa o sin genitorragia▪ Infección genital baja presente o no▪ Dolor a la movilización del cuello uterino▪ Tumoración pélvica palpable▪ Dolor a la palpación abdominal con o sin dolor a la descompresión	<ul style="list-style-type: none">▪ Malestar general▪ Fiebre▪ Nauseas, vómitos, diarrea

Diagnostico

Deben estar presentes los criterios mayores y uno o más de los menores.

Tres criterios mayores

Dolor abdominal y dolor a la palpación con o sin dolor a la descompresión (irritación peritoneal)

Dolor a la movilización del cuello uterino

Dolor a la palpación de los anexos (ovarios y trompas)

Uno o más de los siguientes menores:

Fiebre de 38 grados centígrados o más

Leucocitosis mayor de 10.500 glóbulos blancos/ml

Velocidad de eritrosedimentación elevada

Presencia de una tumoración al examen o en la ecografía

Muestra de secreción endocervical muestra gonococos (diplococos Gran-intracelulares) o los estudios para la clamidia son positivos

(No realizar punción del fondo de saco vaginal posterior [culdocentesis]. Se recomienda si es necesario y está disponible la laparoscopia para diagnóstico de etiología, valoración de tumoraciones anexiales y diagnóstico diferenciales con apendicitis, embarazo ectópico.

Adaptado de Hager, W., Eschenbach, D., Spence, M., Sweet, R.: *Criteria for Diagnosis and Grading of Spaltingitis*. Citado en Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M., Suárez Ojeda, N.E.: *Manual de medicina del adolescente*. OPS/OMS, Washington DC 1992: 169.

Exámenes paraclínicos

El diagnóstico es clínico, pero debe completarse con la ecografía ginecológica, la laparoscopia (luego de evaluar riesgo y beneficio), estudio de secreciones del endocervix directo y cultivo, hemograma completo, velocidad de eritrosedimentación, función renal y prueba de embarazo para valorar el estado general de la adolescente y descartar otros diagnósticos.

¿Qué hacer?

La decisión más importante es si se debe hospitalizar o no. **Se recomienda hospitalizar a las adolescentes con diagnóstico de EIP.**

Otros elementos que apoyan la decisión de hospitalizar

1. Fiebre de 38 grados centígrados o más
2. Necesidad de tratamiento intravenoso
3. Sospecha de absceso anexial o de Douglas
4. Enfermedad extendida al peritoneo pélvico
5. Historia de EIP previa
6. Presencia de DIU
7. Embarazo
8. Falta de respuesta al tratamiento
9. Leucocitosis y/o velocidad de eritrosedimentación elevadas

Tratamiento

1. Con la adolescente en el hospital, tratar la infección y evitar las complicaciones agudas (abscesos, peritonitis, sepsis) y a largo plazo (adherencias, embarazo ectópico, infertilidad, dolor pélvico crónico).
2. Reposo
3. Antiinflamatorios y antipiréticos
4. Antibióticos intravenosos combinados, que actúen sobre gérmenes anaerobios, aerobios, gonococo y clamidias. (recordar: los gérmenes que producen eip son los gonococos y clamidia, pero también se agregan otros gérmenes, y sobre todo anaerobios)

Si bien existen diferentes planes de tratamiento, se recomienda

Azitromicina 1gr, dosis única v/o (no en adolescentes < 16 años) o Doxiciclina 100mg v/o c/12 hs, 14 días (clamidia)

+

Metronidazol 400mg i/v c/8hs o Clindamicina 900 mg i/v c/8 hs (anaerobios)

+

Cefalosporina 1gr i/v c/8 hs, o Ceftriazona 250 mg i/v c/8 hs (cocos gram +)

+

Gentamicina 2mg/kg i/v, seguir con 1,5mg/kg i/v c/8hs 14 días (enterobacterias)

Importante

Cuando la adolescente consulta por dolor en hipocondrio derecho recordar que puede ser secundario a formación de adherencias peritoneales hepáticas por EIP por clamidia o gonorrea (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis). Estudiarla y tratarla igual que una EIP.

Información para la adolescente

¿Cuál es mi problema?

Todo indica que hay una infección interna en el útero y los ovarios. Estas se transmiten con la relación sexual y probablemente eso fue lo que te pasó. Tienes que cuidarte para que esto no te vuelva a ocurrir y una de las formas es estar segura es usar siempre un preservativo/condón (preservativo femenino) en cada relación sexual y venir a los controles para examinarte, hacer las pruebas y diagnosticar estas infecciones rápido para tratarlas.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

Si se diagnostican y tratan a tiempo en general no hay consecuencias, pero pueden traer complicaciones si no se tratan a tiempo o si tú no vienes a control. Las complicaciones son abscesos en los ovarios y las trompas, peritonitis, infección general o cuando desees quedar embarazada puedes tener más riesgo de infertilidad, embarazos ectópicos, o dolores pélvicos crónicos.

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

Hay que hacer pruebas para investigar qué tipo de infección tienes y deberías hacer un tratamiento con antibióticos. Como es una infección potencialmente grave y requiere tratamiento con antibióticos inyectables, lo mejor para ti es ir al hospital. Haremos los arreglos con el personal de allí que trabaja con nosotros y podrás ir en cuanto puedas. Es muy importante hacer el tratamiento completo para asegurar la curación completa. También es necesario que tu pareja se estudie y se trate, así no vuelven a enfermarse.

...Hepatitis B

Esta enfermedad de origen viral (virus de la hepatitis B) se contagia por contacto íntimo con los fluidos del cuerpo (relaciones sexuales: vaginales, anales, orales; uso de agujas contaminadas; material quirúrgico contaminado; transfusión de sangre). También pasa directamente al feto durante el embarazo. Afecta el tejido hepático y hace que el enfermo pueda quedar como portador crónico (10%-50% de los/as adolescentes) y sufrir enfermedad hepática crónica, cirrosis y/o cáncer de hígado en la edad adulta.

Es importante prevenir esta infección: usar material estéril adecuado, usar preservativo/condón/preservativo femenino en las relaciones sexuales, evitar compartir agujas especialmente en consumidores de drogas inyectables, y tener la vacuna correspondiente.

Síntomas y signos	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial
Fiebre Malestar general Falta de apetito Náuseas y vómitos Hepato y esplenomegalia Ictericia (25%) Muy raramente hepatitis fulminante y coma (0,1%) Artritis, urticaria, máculo/pápulas.	Clínico <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedente de exposición: ▪ Contacto con enfermo ▪ Varones homosexuales ▪ Hemofílicos ▪ Drogadictos ▪ Relaciones sexuales sin protección ▪ Infección por VIH-SIDA 	Hepatitis tóxica (medicamentos)
	Paraclínico <ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional hepático (daño hepático) ▪ Velocidad de eritrosedimentación alta ▪ Leucopenia ▪ Antígeno Hep. B + 	Obstrucción cálculos biliares
		Otros cuadros infecciosos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malaria ▪ Brucelosis ▪ Leptospirosis

Prevención	Tratamiento
Vacuna de recombinación para la hepatitis B (a todos/as los/as adolescentes) Muy efectiva	No hay tratamiento específico (medidas higiénico dietéticas generales, reposo, dieta).
Inmunoglobulina para hepatitis B conjuntamente con la vacuna en los casos de exposición conocida.	Debe ser valorado por especialista (gastroenterólogo, enfermedades infectocontagiosas) HACER INTERCONSULTA

Importante

Las hepatitis no A no B pueden ser causadas por el virus de la hepatitis C. Presenta características similares en la transmisión, y la clínica que la hepatitis B. El diagnóstico positivo se hace por la identificación del antígeno específico, pero es más difícil de realizar que el B, y presenta muchos falsos positivos. El desarrollo de una hepatitis crónica es más frecuente que con la hepatitis B (50%-70%), y también desarrollan con mayor frecuencia hepatitis agresiva (50%). También se asocia a cirrosis y cáncer hepático. No hay aún una vacuna efectiva y la inmunoglobulina no parece ser efectiva. El interferón alfa se ha asociado con una mejoría en los casos de hepatitis crónica activa, pero hay recaídas al dejar de usarlo. Se requiere HACER INTERCONSULTA para completar estudio y tratamiento.

...Infección por VIH/SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un conjunto de enfermedades que ocurre como resultado de la infección por el VIH. El SIDA es la etapa más grave de la infección. Si bien en América Latina el VIH afecta más a varones homosexuales y bisexuales y a las personas que usan drogas intravenosas, la transmisión heterosexual está en aumento. El número de adolescentes infectados por el VIH está aumentando en la Región, sobre todo entre aquellos con comportamientos de riesgo para adquirirlo. El pico máximo de prevalencia de SIDA corresponde a los 15-34 años.

Diagnostico clínico	Diagnostico laboratorio
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores de riesgo presentes) ▪ Adelgazamiento, fatiga ▪ Historia de infecciones frecuentes y recurrentes ▪ (herpes, candidiasis) ▪ Detención del crecimiento y desarrollo normal del adolescente ▪ Diarrea crónica ▪ Adenomegalias ▪ Erupciones cutáneas ▪ Cuadros febriles ▪ Sudores nocturnos ▪ Diseña y/o tos persistente 	<p>Determinación de VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ por técnica de ELISA ▪ Confirmación por Western Blot <p>Si confirma el diagnóstico realizar la determinación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recuento CD4 ▪ Subpoblación linfocitos Tt absolutos y relativos ▪ Carga viral (prueba de VIH RNA en sangre) <p>Valoración de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcional hepático ▪ Hemograma completo ▪ Función renal ▪ Investigación para tuberculosis ▪ Investigación para sífilis, clamidia, herpes, candidiasis, tricomonas, hepatitis b ▪ Prueba embarazo y PAP en mujeres

¿Qué hacer?

- Evaluación clínica completa (factores de riesgo y examen físico)
 - Consejería sobre VIH previa a realizar la prueba de laboratorio ELISA.
 - Exámenes de laboratorio:
ELISA, Western Blot
En mujeres: prueba embarazo y PAP
 - Si ELISA y Western Blot +:
 - HACER INTERCONSULTA
Subpoblación Linf T, carga viral
CD4
Funcional hepático
Hemograma completo
Función renal
Investigación para tuberculosis (PPD)
Investigación para sífilis, clamidia,
herpes, candidiasis, tricomonas,
hepatitis B
RX de tórax
- Si CD4:
- ≥ 500 cel/mm³= inmunidad normal
 - 200 – 499= mayor riesgo infecciones oportunistas
 - < 200= mayor riesgo de Neumococo Carinii
- Tratamiento específico con antirretrovirales
 - Profilaxis de las infecciones
 - Investigar TBC y hacer profilaxis específica por su mayor riesgo

Consejería previa:

- Explicar porqué se recomienda hacer la prueba y cuáles son los comportamientos de riesgo que presenta para esta infección.
- Explicar los beneficios de diagnosticar la infección precozmente: iniciar tratamiento con el antibiótico tempranamente mejora el pronóstico
- Garantizar la confidencialidad del diagnóstico
- Identificar un adulto que apoye al adolescente
- Evaluar qué tipo de reacción podrá tener el adolescente frente a un resultado + de la prueba.
- Obtener el consentimiento informado firmado por el adolescente

Consejería posterior:

- Darle los resultados en persona, para poder realizar la consejería post prueba de ELISA.
 - Hacer planes con el adolescente para poder comunicar los resultados a la familia etc.
 - Informar y educar sobre diferentes estrategias para reducir las conductas de riesgo
- Frente a diagnóstico + se requiere atención interdisciplinaria: trabajador social, psicólogo, psiquiatra y tratamiento médico específico.
- Contar con servicio de referencia.

Información para los/as adolescentes

¿Cuál es mi problema?

Tienes una infección por un virus el VIH. No tienes aún la enfermedad pero sí la infección. Como se diagnosticó tempranamente ya se puede comenzar a tratar. Tú puedes contagiar a otras personas y además hacer más grave tu infección si no tratas de cambiar algunas de tus actividades como compartir las agujas y jeringas o tener relaciones sexuales sin preservativo/condón/condón femenino.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

Puedes llevar una vida normal, con los cambios que dijimos antes. El tratamiento va a mejorar la evolución y retrasar la aparición de síntomas. Sin embargo deben alimentarte bien y cuidarte.

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

Vamos a hacer pruebas para investigar algunas otras infecciones y comenzaremos el tratamiento con un antiviral especial.

(Ver cuadro de consejería)

...Epididimitis/Orquitis

Inflamación aguda del epidídimo y el o los testículos.

Síntomas	Diagnóstico	Tratamiento
Dolor testicular intenso Aumento de volumen testicular Inflamación del escroto En adolescentes que son sexualmente activos Fiebre Malestar general Aumento de los glóbulos blancos y velocidad de eritrosedimentación alta Con o sin antecedentes de secreción uretral	Clínico. La causa es una infección por gonococo o clamidia. En un alto porcentaje coexisten ambas infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antinflamatorios y antipiréticos ▪ Reposo con testículos sobre una almohada ▪ Usar los antibióticos para gonococo y clamidia en el tratamiento de las uretritis y cervicitis, acorde al siguiente esquema:

Esquema de tratamiento

Elegir uno de los antibióticos siguientes:	Combinar con uno de los siguientes fármacos:
<ul style="list-style-type: none"> *Norfloxacin 800mg v/o una dosis *Ciprofloxacina 500 mg v/o una dosis *Ceftriazona 250 mg i/m una dosis *Espectinomycin 2gr i/m una dosis 	<ul style="list-style-type: none"> *Azitromicina 1gr v/o una dosis *Doxiciclina 100mg v/o,c/12hs,14 días

Por la frecuencia con que ambas infecciones coexisten se recomienda usar una dosis de antibiótico para gonococo y una dosis de antibiótico para clamidia, a menos que se obtenga un cultivo específico negativo

Información para el adolescente

¿Cuál es mi problema?

Tienes una infección en el epidídimo, que es lo que une la uretra al testículo. Estas infecciones se transmiten con la relación sexual y probablemente eso fue lo que te pasó. Tienes que cuidarte para que esto no te vuelva a ocurrir y una de las formas es estar seguro es usar siempre un preservativo/condón en cada relación sexual y consultar siempre que tengas algún síntoma como ardor o secreción o molestia de algún tipo, para hacer las pruebas y diagnosticar estas infecciones rápido para tratarlas.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

Si se diagnostican y tratan a tiempo en general no ocurre nada; pero pueden ocurrir complicaciones si no se las tratan a tiempo o si tú no vuelves a las otras consultas. Las complicaciones pueden ser estrechamientos de la uretra y de los conductos con adherencias y riesgo de esterilidad en el futuro.

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

Debieras hacerte unas pruebas para investigar qué tipo de infección tienes y tomar antibióticos, por lo menos 2 para tratar las dos posibilidades de gérmenes. Como es una infección potencialmente grave, es muy importante que hagas el tratamiento integralmente para asegurar la curación completa. También es necesario que tu pareja se estudie y se trate, así no vuelven a enfermarse.

□ Enfermedades de los testículos y del escroto

...Hidrocele

Acumulación de fluido en el escroto y el cordón espermático.

Síntomas y signos	Tratamiento
Masa quística del escroto, blanda e indolora, que aumenta a lo largo del día.	No requiere tratamiento específico. Explicar al adolescente que no es nada grave, que cuando pueda evite estar mucho tiempo de pie.

...Varicocele

Aumento de presión en las venas espermáticas, más frecuente del lado izquierdo.

Síntomas y signos	Tratamiento
Aumento de volumen del escroto por distensión venosa. La posición vertical aumenta el varicocele. Disminución del volumen testicular	El varicocele aumenta la temperatura del testículo y puede causar infertilidad. Si se comprueba una disminución del tamaño del testículo está indicada la cirugía. Hacer interconsulta con especialista

...Criptorquidia

Falta de descenso en uno o los dos testículos que en general se diagnostica antes de la adolescencia. Diferenciar la criptorquidia real de la transitoria, que es por contracciones espasmódicas del músculo cremasteriano.

Síntomas y signos	Tratamiento
Escroto vacío uni o bilateral	Si se diagnostica en la adolescencia, el testículo no descendido debe ser extraído por el alto riesgo de malignización (el cáncer en estos testículos es 50 veces más frecuente que en la población general) y porque ya no tiene una buena capacidad de producir espermatozoides. Hacer interconsulta con especialista.

Información para el adolescente

¿Cuál es mi problema? ¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

Hablar con el adolescente y su familia acerca de la repercusión que tiene este trastorno en la fertilidad del adolescente. Recordar que la espermatogénesis está disminuida en el testículo no descendido, pero también en el testículo normal, por lo cual si el diagnóstico se está haciendo recién ahora, hay grandes posibilidades que el adolescente ya sea estéril.

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

El riesgo de cáncer es muy alto, por lo cual lo mejor es extirpar el testículo que no descendió. A pesar de esto, no va a haber problemas con las relaciones sexuales ahora ni en el futuro.

...Tumores del testículo

Es muy importante examinar los testículos de los adolescentes y que el adolescente sepa examinar sus testículos y pueda identificar cualquier tumoración o cambio en ellos. La mayoría de los tumores del testículo en la adolescencia son tumores malignos.

Síntomas y signos	Tratamiento
Tumor sólido, indoloro en uno de los testículos. El diagnóstico final es por estudio de la biopsia y en el 85% de los casos ya hay metástasis linfáticas regionales en el momento del diagnóstico.	Debe realizarse cirugía, quimioterapia y radioterapia y en más de la mitad de los casos hay una buena respuesta. Hacer interconsulta en forma urgente con especialista.

...Anorquia

Ausencia testicular que puede ser congénita o adquirida por un traumatismo o por cirugía por torsión testicular.

Síntomas y signos	Tratamiento
Escroto vacío.	Estos adolescentes necesitan una extensa evaluación endocrinológica. Cuando son muy jóvenes necesitan un tratamiento hormonal adecuado que les asegure un desarrollo puberal y crecimiento normal. Hacer interconsulta especialista. Requiere apoyo psicológico.

Información para el adolescente

¿Cuál es mi problema? ¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

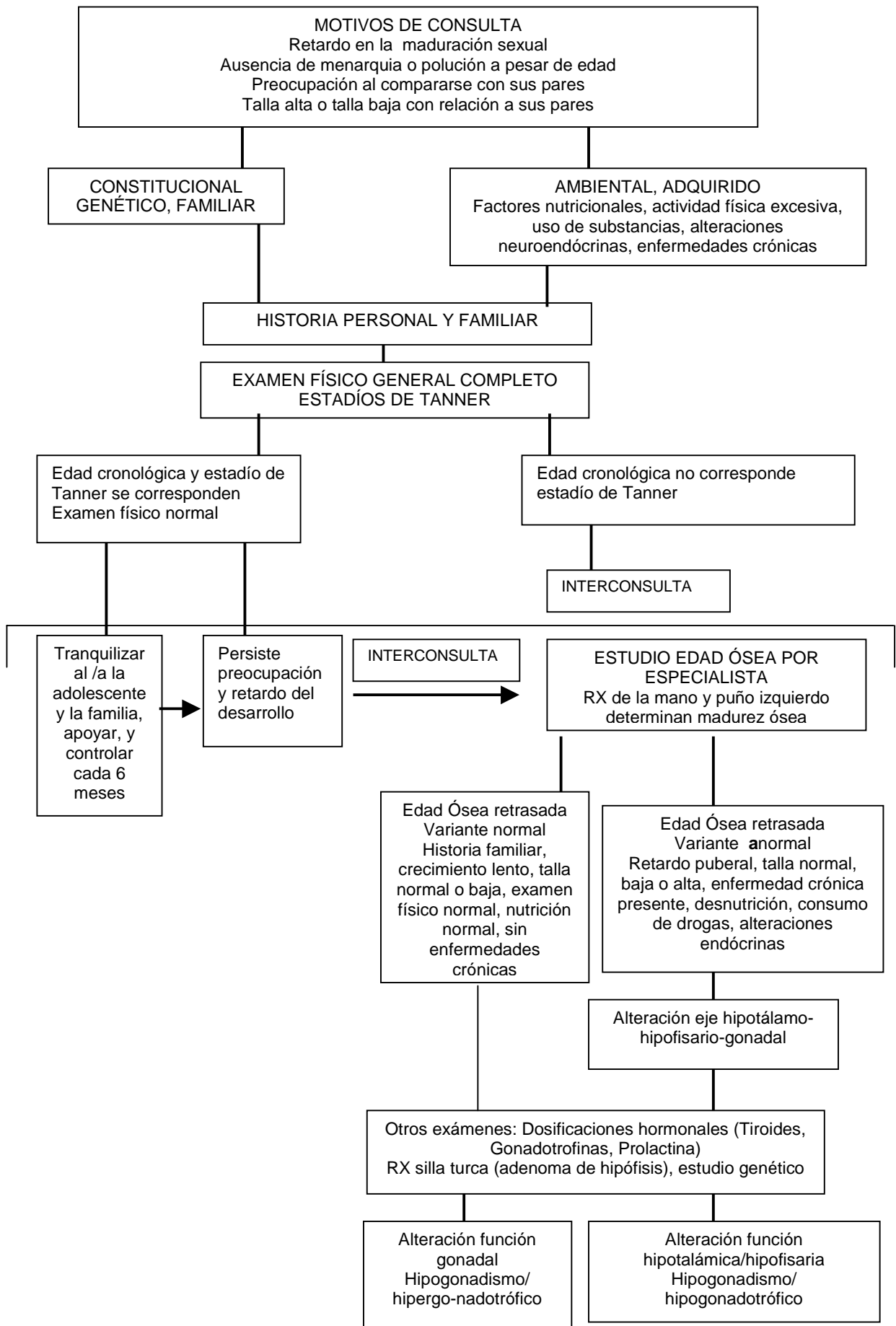
Sabemos de tu preocupación acerca de la falta del testículo y que es algo que se nota. Se puede colocar una prótesis si es que tú estás de acuerdo y una vez que hayas completado el desarrollo puberal.

También se debe hablar y con el adolescente con relación a las relaciones sexuales y apoyarlo explicándole que no tendrá problemas en tenerlas.

❑ Alteraciones del desarrollo y la maduración

...Alteraciones de la pubertad

Características del desarrollo puberal	
<p>Variable en edad de inicio, duración y culminación La variabilidad se observa según el sexo, las razas y también hay variabilidad familiar Existen variantes normales y anormales que hay que saber identificar Los eventos puberales siguen un ritmo o secuencia predeterminada dentro de la variabilidad Los estadios de Tanner para mujeres y varones permiten evaluar el desarrollo puberal y junto a la edad ósea nos permiten evaluar crecimiento y desarrollo (referirse al capítulo)</p>	
Variantes Normales	Variantes Anormales
<p>La pubertad aparece a una edad ± 2 desvíos de la edad promedio. Importa el potencial genético de los padres.</p>	<p>La pubertad aparece a una edad que sobrepasa los ± 2 desvíos de la edad promedio.</p>
<p>Madurador promedio Talla normal, maduración ósea corresponde a la edad cronológica. Está en el percentil 50 para la edad.</p> <p>Madurador temprano o adelanto constitucional Talla normal, maduración ósea adelantada con respecto edad cronológica, corresponde percentilo 90-97 para la edad.</p> <p>Madurador tardío o retardo constitucional Talla normal, maduración ósea retardada respecto edad cronológica, corresponde a percentilo 3-10 para la edad.</p>	<p>Pubertad precoz Antes de los 8 años en las niñas y de los 9,5 en los varones. Puede ser por estimulación del eje hipotálamo-hipofisario, o por estimulación gonadal periférica. La edad ósea está adelantada. Puede ser verdadera (alteración endócrina central) o una pseudopubertad precoz (acción hormonal exógena o tumoral).</p> <p>Pubertad retardada Retardo de los cambios puberales, y de la edad ósea. Luego de 5 años de iniciados los cambios puberales no se completan. Si a la edad ósea de 14 en varones y 13 en las mujeres no ha aparecido ningún cambio puberal, o con una edad ósea de 15 no ha ocurrido la menarquia. Puede ser con gonadotrofinas bajas (alteración del eje hipotalamo-hipofisario) o con gonadotrofinas aumentadas (alteración gonadal)</p>



Factores Psicosociales

Los varones que sufren retraso en su desarrollo y las mujeres con precocidad en su desarrollo presentan vulnerabilidad psicosocial, baja autoestima, con problemas de integración social.

Requieren apoyo psicológico.

Información para los/as adolescentes

¿Cuál es mi problema?

Si bien muchos de tus compañeros/as ya se han desarrollado y son más altos, no todas las personas crecen y se desarrollan a la misma edad, ni al mismo ritmo. Todos los exámenes que hemos hecho y los resultados de las pruebas son normales y además por todo lo que hablamos, en tu familia en general siempre se ha demorado más en crecer. Puedes quedarte tranquilo/a que vas a demorar un poco más pero vas a alcanzar tu altura esperada y te vas a desarrollar. Por eso vas a tener que venir a control en 4 meses para ver como vas progresando y si todavía estamos muy preocupados haremos otros exámenes y nos pondremos de acuerdo con lo que quieres hacer, pero quiero que sepas que no hay nada malo en ti.

Calculo de potencial genético de la talla de los/as adolescentes

Potencial genético de los padres

Consiste en la estimación del potencial genético de la talla del/de la adolescente, a partir de la talla de los padres; para lo cual es necesario medir la estatura de los padres. Cuando no se puede obtener la estatura de uno de los progenitores, se toma la talla de la media de la población del sexo correspondiente, con lo cual se deberán ampliar los límites del potencial genético +11 cm para el sexo masculino y +10 cm para el sexo femenino. La predicción de la talla adulta se clasifica de acuerdo con el límite superior (LS) y el límite inferior (LI) del potencial genético de los padres (pp):

Predicción normal para el pp(n) > LI < LS

Predicción alta para el pp (A) > LS

Predicción baja para el pp (B) < LI

Existen diversos métodos para su cálculo, entre ellos con el empleo de las siguientes fórmulas:

$$\text{Varones} = \frac{\text{TP} + (\text{TM} + 12.5 \text{ cm}^*)}{2} \quad \text{LÍMITE} \pm 10$$

$$\text{Mujeres} = \frac{\text{TM} + (\text{TP} - 12.5 \text{ cm}^*)}{2} \quad \text{LÍMITE} \pm 9$$

TP = Talla del padre

TM = Talla de la madre

* = 12 cm gráficas norteamericanas (NCHS), 12.5 cm (Estudio transversal de Caracas), 13 gráficas Británicas (Tanner).

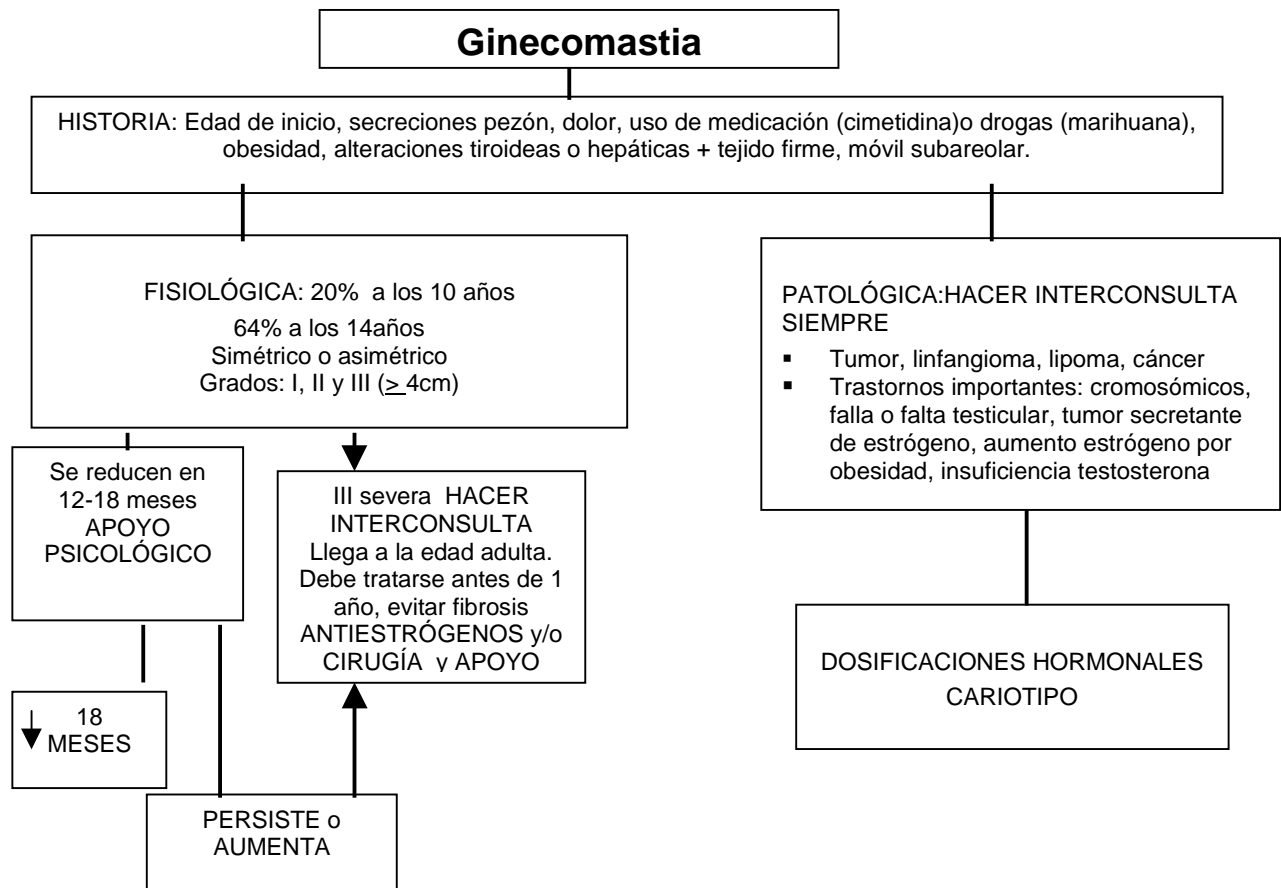
Maduración esquelética

Determina el adelanto o el retardo de la maduración con la realización de la edad ósea (EO) de la muñeca y mano izquierda. Se expresa en forma absoluta: edad cronológica (EC) menos edad ósea (EO), en años (EC-EO = años); y en forma relativa:

$\text{EO} / \text{EC} \times 100 = \%$. Expresa el porcentaje de maduración esquelética alcanzado así como el retardo o el adelanto a través de los métodos de Greulich Pyle y el Tanner Whitehouse.

...Ginecomastia

Es el aumento de la glándula mamaria (uni o bilateral) en el adolescente varón, secundario a un incremento del estroma y del tejido glandular. Esto se debe a un desbalance entre andrógenos y estrógenos y a una mayor sensibilidad del tejido mamario.



Información para los adolescentes

¿Cuál es mi problema?

No es agradable y comprendo que no te sientas cómodo cuando ves que tus mamas han crecido. Parte de ello puede ser que estás aumentando el tejido graso en tu cuerpo y además a esta edad es normal que te ocurra esto. No es una enfermedad, ni un cáncer, al examen todo está normal.

En esta edad ocurre con bastante frecuencia debido a cambios hormonales. Es necesario que te controles cada 2 meses para ver cómo sigues, pero esto va a ir desapareciendo naturalmente en unos 12 meses. Hacer ejercicio y cuidarte en el peso puede mejorarlo, pero ten la seguridad que en 12 meses desaparece. Si no siempre se puede recurrir a otros métodos, pero podemos hablar de ellos cuando vuelvas a la próxima consulta. Esto no significa que vayas a tener ningún problema en tu vida sexual actual o futura.

...Alteraciones del desarrollo mamario

El botón mamario es la primera manifestación del desarrollo puberal. Se observa una pequeña masa areolar, concéntrica con el pezón, algo dolorosa, uni o bilateral, a veces asimétrica, que puede aparecer tan temprano como a los 7-8 años. Evitar realizar ecografías, mamografías, o las biopsias innecesarias.

Hacer mamografía y biopsia en los casos en que la masa sea excéntrica del pezón.

Puede indicarse una ecografía mamaria, más útil en las mamas más densas de las adolescentes. Otros estudios como la mamografía y la punción con aguja fina también pueden ser necesarios.

Trastornos desarrollo	
Motivo de Consulta	¿Qué Hacer?
Asimetría: desarrollo mamario desigual	Controlar hasta completar desarrollo (2 años postmenarquia) HACER INTERCONSULTA : Tratamiento quirúrgico si aún persiste >50%.
Mamas pequeñas	La mayoría de los casos es fisiológico y no hay anormalidades. Controlar hasta completar desarrollo con apoyo psicológico. HACER INTERCONSULTA cuando se sospecha disgenesia gonadal y déficit de estrógeno. Reponer estrógeno con dosis bajas iniciales para asegurar desarrollo mamario y talla normales
Mamas muy desarrolladas	El gran desarrollo mamario puede asociarse con aislamiento social, depresión, problemas traumatológicos que hacen necesario el tratamiento Quirúrgico de reducción. Control, apoyo psicológico.
Hipertrofia mamaria virginal	Tumor benigno de crecimiento ilimitado. Recidiva y no cura con cirugía reductora. Requiere mastectomía. Es raro. Hacer interconsulta con especialista.
Pezón umbilicado	Automanipulación y masajes para revertir. Control. Si no se reduce, informar a la adolescente sobre futuras dificultades de la lactancia.
Politelia/Polimastia: pezones y glándulas mamarias adicionales en la línea mamaria	Recordar que se asocia con malformaciones renales. Puede ser necesario extirparlos, según esto afecte a la adolescente. Apoyo psicológico y autoestima.
Atrofia mamaria: puede ocurrir en adolescentes que pierden mucho peso, secundario a desnutrición, anorexia. Las mamas aparecen planas, arrugadas, sin turgencia.	Mejorar la dieta, aumentando consumo de proteínas, aumento de peso.
Mamas tuberosas: gran desarrollo del pezón y de la aréola, sin mayor desarrollo de la glándula.	Para corregirlo se necesita cirugía.

Alteraciones del desarrollo

Motivo de Consulta	¿Qué Hacer?
Mastodinia: dolor mamario, debido a cambios hormonales cíclicos, o a aumento del volumen mamario	Difícil de tratar. Recomendar el uso de sostenes adecuados, de día y para dormir. Gel de progesterona en los momentos más dolorosos del ciclo puede ayudar, al igual que restringir la sal en esos períodos.
Secreción por el pezón: láctea (embarazo, uso de anticonceptivos orales, fenotiacina, antidepresivos, juegos eróticos con succión, tumores hipofisarios (prolactinomas); sanguinolenta (papiloma ductal)	Hacer interconsulta para estudios adicionales si se sospecha tumor hipofisario o papiloma ductal.
Tumores mamarios	
Fibroadenoma: masa ovalada, móvil, única o múltiple	Puede reducirse solo en 2-3 meses, poca tendencia a malignizarse en adultas. Controlar; realizar biopsia quirúrgica si persiste e incomoda mucho.
Enfermedad fibroquística: masas quísticas múltiples, que aparecen y desaparecen, a veces dolorosas.	Punción y aspiración para confirmar diagnóstico benignidad, tranquilizar a la adolescente, controlar, puede indicarse anticonceptivos orales con mayor dosis progestágenos
Cistosarcoma filoides: masa tumoral de crecimiento rápido.	Hacer interconsulta con especialista. Tratamiento quirúrgico, no mastectomía. Suele recaer. Apoyo psicológico.
Cáncer de mama	Poco frecuente en adolescentes. Algunas estadísticas muestran prevalencia 0,2% en <25 años. En hijas cuyas madres han tenido cáncer de mama, el cáncer aparece 10 o 12 años antes de la edad en que afectó a sus madres. Con antecedentes de cáncer mamario en la madre Hacer interconsulta con especialista.

Información para las adolescentes

¿Cuál es mi problema?

El cáncer en mujeres tan jóvenes es muy infrecuente, pero sí son frecuentes las molestias que tú tienes y esas pequeñas tumoraciones que palpas en las mamas. Es muy bueno que te examines las mamas periódicamente para descubrir si hay algún cambio o algo anormal. Por ahora no es necesario hacer un tratamiento quirúrgico ni darte medicación. Deberías hacerte una ecografía que mostrará mejor de qué naturaleza es el bulto en tu mama y deberías venir a control en 1 mes.

¿Tendrá alguna consecuencia en el futuro?

Vas a notar que las tumoraciones cambian durante el mes y a veces te molestan más. No va a influir en el futuro cuando tengas que dar de mamar a un bebé. Es importante que sigas controlándote periódicamente tú misma y que vengas por lo menos cada 6 o 12 meses a control.

❑ Disfunciones sexuales

Diagnóstico	¿Qué hacer?
Factores emocionales o culturales Cuando los problemas psicosexuales son fruto de angustias leves, de la inexperiencia o de expectativas poco acordes a la realidad y se dan en adolescentes básicamente sanos/as.	Consejería sobre sexualidad para tranquilizarlos/as y poder brindarles el espacio para conversar de algunos aspectos referidos al desarrollo psicosexual y la respuesta sexual humana y modelos masculinos y femeninos sostenidos por la cultura.
Problemas relativos a la función sexual <ul style="list-style-type: none">▪ Trastornos de la fase orgásmica: Como eyacuación precoz, eyacuación retardada o retardada parcial en el varón, orgasmo femenino inhibido.▪ Trastornos de la fase de excitación: Como impotencia en el varón, ambivalencia sobre el coito en la mujer.▪ Trastornos en la fase del deseo: Como pérdida del deseo.▪ Trastornos sexuales asociado con espasmos de los músculos genitales: dolor eyaculatorio, vaginismo, dispareunia.▪ Dispareunia funcional: Como erección dolorosa en el varón o dolor en la penetración en la mujer.▪ Fobia a las relaciones sexuales.	<ul style="list-style-type: none">▪ Casi todos reconocen componentes psicológicos y emocionales y requieren intervención profesional específica.▪ Algunos se asocian con consumo de alcohol o drogas.▪ Otros se asocian a experiencias de violaciones o abuso sexual.▪ Descartar factores de riesgo físico y genital.

❑ Adolescentes con orientación sexual diferente

La orientación homosexual se suele comenzar a percibir al final de la adolescencia temprana (alrededor de los 14 años) y se hace más clara y evidente entre la adolescencia media y la tardía. Sin embargo la autoaceptación puede tomar muchos años y a veces no efectivizarse nunca.

Gran parte de los/as adolescentes experimentaran algún tipo de sentimiento de atracción o practica homosexual (tocarse, masturbarse, besarse y eventualmente tener relaciones sexuales con otra persona del mismo sexo) sin que ello signifique que su orientación sexual definitiva sea homosexual.

Desde 1973, la homosexualidad dejó de ser considerada una enfermedad (American Pschyatric Association). Parece tratarse de una forma de ser y de sentir; no de una opción a la que se pueda renunciar sin un alto costo en términos de salud psíquica. No parece ser modificable mediante abordajes psicoterapéuticos. Sus causas no parecen estar sujeta exclusivamente a la influencia parental, ni a modos de crianza.

En el abordaje de la sexualidad de los/as adolescentes, no se debe dar por supuesto que la orientación sexual será siempre heterosexual. Esta, si bien es la más frecuente, no es la única. Se estima que aproximadamente un 6 a 8% de los/as adolescentes tendrá al finalizar esta etapa, una orientación homosexual. No todos los/as adolescentes homosexuales tienen relaciones sexuales. Como en el caso de los/as adolescentes heterosexuales, debe tenderse a que la decisión de inicio de la actividad sexual y de las relaciones sexuales se tome dentro de un marco de libertad, responsabilidad para el autocuidado/ mutuo cuidado.

¿Qué investigar?	Indicadores de dificultades de aceptación	¿Qué hacer?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reacción de compañeros/as, profesores, preceptores, amigos/as. ▪ Posible victimización. <p>A los/as que tienen relaciones sexuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ medidas de prevención de ITS/VIH ▪ Ofrecer examen perianal (y/o anal si la situación clínica lo aconseja). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deprimidos/as. ▪ Tentativas de suicidio. ▪ Fugas de la casa. ▪ Rechazo escolar. ▪ Rechazo de los pares. ▪ Consumo de alcohol u otras drogas. ▪ Comportamientos de gran impulsividad. ▪ Relatos maratónicos de actividad sexual ▪ Afirmación de masculinidad percibida como desmedida por el profesional de la salud. ▪ Proclamas claramente homofóbicas. ▪ Comportamiento extremadamente femenino. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompañar en el proceso de aceptación y progresiva revelación de la orientación sexual, adecuando cada caso al contexto individual. ▪ Consensuar cómo y cuándo compartir la información con sus padres y familia. ▪ Ofrecer intermediación si se espera reacción familiar violenta. ▪ Indicar teléfonos y direcciones de instituciones que defiendan sus derechos. ▪ Puede requerir apoyo psicológico.

Información para los/as adolescentes

Sentar la postura que la homosexualidad no es una enfermedad sino un modo de orientación sexual de igual calidad moral que cualquier otra. Reflexionar con todos los/as adolescentes y sus padres acerca de conductas homofóbicas y discriminatorias.

Dado que gran parte de los/as adolescentes que experimentan alguna práctica homosexual no serán luego homosexuales en esta etapa, no parece prudente encasillar a nadie dentro de una determinada orientación sexual.

Abuso sexual y violación

Cualquier persona en contacto con adolescentes (maestros, psicólogos, trabajadores sociales, entrenadores deportivos, líderes juveniles, etc.) puede sospechar y detectar los abusos sexuales. La confirmación de la sospecha deben hacerla profesionales con formación en el tema. La intervención en los casos de abusos sexuales de adolescentes debe ser **interdisciplinaria**.

Indicaciones

- Escuchar el relato de la víctima en un clima de tranquilidad y contención.
- Registrarlo por escrito de manera textual, utilizando las palabras del/de la adolescente.
- Preguntar de manera general **sin inducir** respuestas (registrar también las preguntas).
- No culpabilizar al/a adolescente (por ejemplo: no preguntar qué sintió ante el abuso, por qué no pidió ayuda, por qué no se defendió, etc.).
- Solicitar un examen físico incluyendo genitales realizado por profesionales **capacitados** en abuso sexual de niños/as y adolescentes.
- Solicitar interconsultas con equipos interdisciplinarios con formación.
- Presentar un **informe escrito** a las autoridades.

❑ Alteraciones en el resultado del PAP

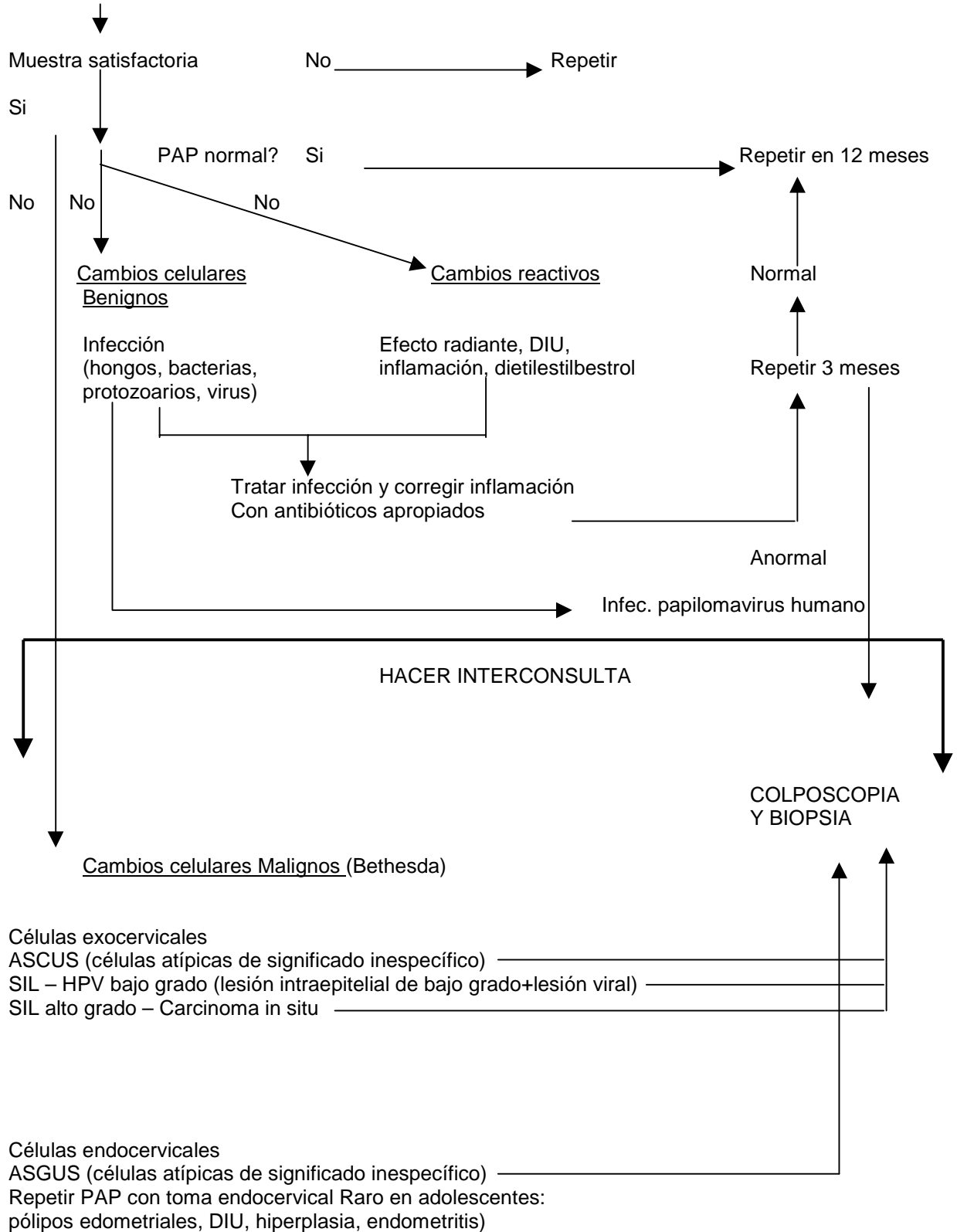
Aunque no está estudiado para las adolescentes, las adultas jóvenes VIH positivas tienen mayor riesgo de presentar lesiones cervicales premalignas y malignas. Las adolescentes VIH + podrían tener así un riesgo adicional para la patología maligna cervical, requiriendo controles más frecuentes.

Clasificación de Bethesda. 1991		
ASCUS	células cervicales escamosas atípicas no específicas.	
SIL bajo grado	lesión intraepitelial escamosa de bajo grado	displasia leve /CIN 1 + PVH de las clasificaciones anteriores
SIL alto grado	lesión intraepitelial escamosa de alto grado	displasia moderada y severa/ CIN 2, CIN 3, CIS de las clasificaciones anteriores

...Carcinoma invasor

Solamente realizar un PAP representa un estrés para la adolescente y este es aún mayor si los resultados son anormales. Tener en cuenta la confidencialidad cuando se plantea la necesidad de biopsias u otras maniobras, el temor al cáncer, la reacción de la adolescente frente a los resultados, la relación futura con su pareja.

PAP de control



Información para la adolescente

¿Cuál es mi problema?

Existen cambios en el cuello del útero debidos a las infecciones frecuentes que has tenido. Estos cambios pueden deberse a la inflamación y esta no nos permite observar bien las características de las células. Como es muy importante asegurarnos que no haya células que puedan transformarse en algo más grave, trataremos la inflamación y haremos un nuevo PAP y otro estudio muy parecido, la colposcopia donde el médico verá el cuello con lente de aumento y una luz especial y tomará muestras directamente de lo que ve. Que se trate de una lesión premaligna, no quiere decir que sea un cáncer, solamente que tiene más chances de transformarse si no te tratas.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

Si es solamente inflamación, no habrá problemas. Hay que hacer el tratamiento adecuado para que no empeore, ya que si se agrava puedes tener problemas en el futuro (para quedar embarazada; tener mayor riesgo de desarrollar lesiones malignas) sobre todo si se confirma que hay una infección por virus del condiloma.

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

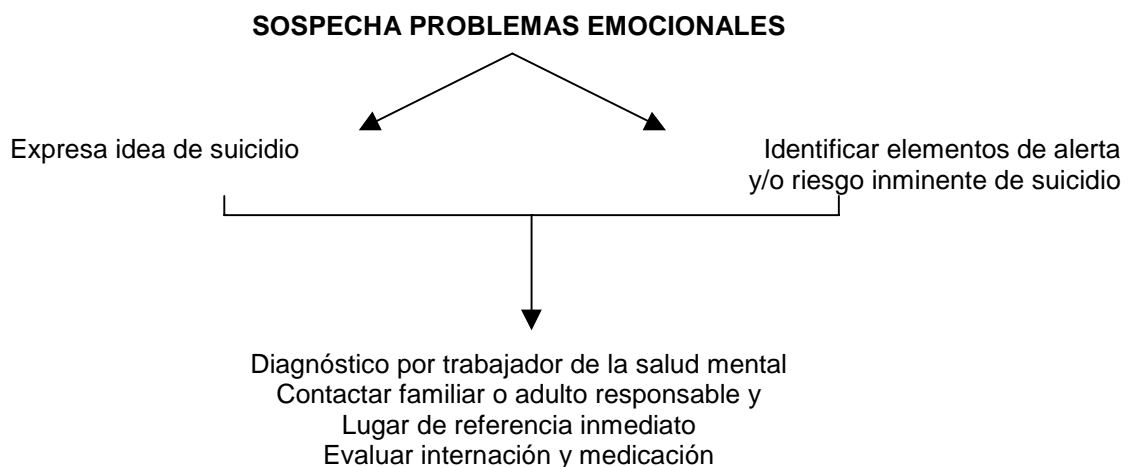
Para que haya menos consecuencias peligrosas para ti sería bueno que trataras de usar siempre preservativos/condones/preservativo femenino en las relaciones sexuales para evitar infecciones, que dejaras de fumar y vengas a controlarte cada vez que te lo recomendamos. Quizás sea necesario tomar un pequeño trozo de tejido, lo que llamamos una biopsia, para poder estar seguros. Esto lo hace el médico que hace la colposcopia si lo considera necesario. Si todo está bien, lo más probable es que no necesites controlarte seguido y no hagas nada más.

☐ Salud mental

...Depresión e intento de suicidio

El 65% de los intentos de suicidio se asocian a depresión, pero generalmente quedan enmascarados en conductas transgresoras y descontrol en el comportamiento. Los suicidios son la tercera causa de muerte en varones y la cuarta en mujeres de 15 a 24 años. La morbilidad por intento de suicidio es aún mayor. Luego de un primer intento entre un 6 y 16% vuelven a intentarlo en los 12 meses siguientes.

La mayoría de los/as adolescentes que se suicidan han verbalizado previamente su deseo de morir, han amenazado con suicidarse y el 40% ha tenido un intento previo.



Indicaciones terapéuticas	
Ante riesgo de suicidio	El/la adolescente debe ser evaluado/a inmediatamente por un trabajador de salud mental preferentemente capacitado en adolescencia.
Con síntomas de depresión mayor o recurrente	Hacer interconsulta con un trabajador de la salud mental de preferencia con experiencia en adolescencia. En algunos casos puede ser necesaria la internación inmediata. Contactar con segundo nivel de atención
Tratamiento	Psicoterapia individual y apoyo familiar. Puede requerir medicación y por lo tanto el equipo debe estar formado por un psiquiatra. Psicoterapia directiva, orientadora y reaseguradora. Aclarar la necesidad que el diagnóstico sea conocido por un familiar o adulto significativo. Solicitar nombre y datos de tres personas de confianza del/de la adolescente para contactar en caso de emergencia. Dar nombre de profesional para contactar en caso de emergencia.

Información para el/la adolescente

Advertirle que la depresión es una enfermedad que entraña los síntomas que él/ella tiene; que con frecuencia entraña ideación suicida; que es un estado limitado en el tiempo y responde al tratamiento. Dar confianza explicándole que el psicoterapeuta es idóneo en atender esta problemática.

Indicarle: evitar el aislamiento; no interrumpir las clases ni las actividades sociales.

Solicitarle el nombre y datos de tres adultos para contactar en caso de necesidad.

Negociar con él/ella la forma de dar a conocer el problema a sus padres/madres, evaluando el riesgo.

...Consumo de tabaco, alcohol y drogas

No es necesario constatar consumo de alcohol y drogas para considerar que el/la adolescente necesita apoyo.

¿Qué investigar?	¿Qué hacer?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presencia de algún adulto referente, sea o no de su familia ▪ Interacción familiar ▪ Historia familiar de consumos ▪ Circunstancias que rodean al consumo ▪ Influencia de pares ▪ Cantidad y frecuencia ▪ Actitudes y motivaciones acerca del consumo ▪ Eventual repercusión sobre los aspectos físicos, psicosociales y escolares o laborales. ▪ Actividad sexual sin protección ▪ No se recomienda el uso de rutina de determinaciones de sustancias en orina. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecer ayuda específica a la situación de consumo y a la edad de cada adolescente. ▪ Hacer interconsulta con un equipo especializado ▪ Atención interdisciplinaria por médico, psicólogo, psiquiatra y trabajador social. ▪ Considerar normas de confidencialidad, aclarando que de la información obtenida puede requerir apoyo de padres. ▪ Solicitar el nombre de tres personas a quienes acudir en caso de emergencia. ▪ Promover la participación en grupos de recreación o de trabajo social en la comunidad ▪ Brindar teléfonos de auto-ayuda.

Indicaciones según tipo de sustancia consumida	
Consumo de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> Consejería y remisión a un grupo de auto-ayuda
Consumo excesivo de alcohol no asociado a riesgo de accidentes o marihuana ocasional.	<ul style="list-style-type: none"> Abordaje psicológico estratégicamente descentrado del consumo, que apunte a la reducción de la vulnerabilidad, riesgo y promueva factores protectores.
Uso y abuso de cocaína, policonsumo o drogas intravenosas	<ul style="list-style-type: none"> Se adaptara en complejidad a la severidad de la situación clínica. Es indispensable el trabajo interdisciplinario.

...*Síndrome de fatiga crónica*

Presencia de cansancio y debilidad persistente.

Causas	Signos y síntomas	¿Qué hacer?
Fisiológicas <ul style="list-style-type: none"> Sueño insuficiente Dieta inadecuada, pobre Actividad excesiva Embarazo 	Cansancio persistente. Alteraciones del sueño. Depresión. Dificultad neurocognitiva. Cefaleas. Dolores musculares. Faringitis. Fiebre. Mala concentración en tareas. Pérdida de la memoria. Dolor abdominal. Inflamación ganglionar.	Descartar <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad maligna (leucosis, linfomas etc.). Enfermedad autoinmune (lupus, etc.) Infecciones (VIH, TBC, etc.) Tóxicos. Alteraciones psiquiátricas. Iniciar tratamiento <ul style="list-style-type: none"> Dieta adecuada Régimen de sueño vigilia Analgésicos, y antipiréticos Negociar el reinicio de actividades (escuela, deporte) Trabajar metas realistas para e/la adolescente. Autoestima. Puede requerir psicoterapia. Interconsultar con salud mental y servicio social.
Psicológicas <ul style="list-style-type: none"> Depresión Ansiedad Estrés 		
Orgánicas <ul style="list-style-type: none"> Hipotiroidismo Hipertiroidismo Anemia crónica Infecciones Enfermedad autoinmune Enfermedad crónica Abuso de alcohol / consumo de drogas Medicación (sedantes, anticonceptivos, antihistamínicos) 		

...*Trastornos del sueño e insomnio*

Este es un trastorno que se ve con bastante frecuencia en la adolescencia.

Causas	¿Qué hacer?
<ul style="list-style-type: none"> Ansiedad Depresión Abuso de sustancias Problemas de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> Investigar posibles causas del insomnio Evitar uso de hipnóticos Reeducación del sueño Ejercicio físico regular Técnicas de relajación Evitar cafeína, tabaco, alcohol Puede requerir psicoterapia Interconsultar con trabajador de la salud mental.

...Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia

Son trastornos de la conducta. Se presentan con mayor frecuencia en adolescentes mujeres. Se asocian a factores culturales, psicológicos, emocionales y económicos. Con prevalencia creciente en los últimos 20 años.

Los/as adolescentes no vienen por voluntad propia sino que son traídos/as por otros síntomas: anemia, adelgazamiento, depresión, amenorrea. Son potencialmente muy graves, llegando hasta la muerte si no se diagnostican y tratan oportunamente. Las causas de muerte y su gravedad están dadas por: desequilibrio iónico, alteraciones cardíacas graves, suicidio.

Criterios diagnósticos	
Anorexia nerviosa	Bulimia
<p>a) Rehúsa mantener un peso mínimo normal para su talla y edad: Adelgazamiento con peso 15% por debajo de lo esperado, no-ganancia adecuada de peso para el período de crecimiento.</p> <p>b) Miedo intenso a subir de peso aún cuando su peso es menor que lo esperado.</p> <p>c) Disturbios en cómo se siente con su peso y su cuerpo: se siente y se ve gorda a pesar de su delgadez. Quita importancia a su bajo peso.</p> <p>d) En las mujeres, amenorrea o ausencia de 3 períodos menstruales consecutivos. (Sin tomar hormonas)</p>	<p>a) Episodios recurrentes de ingesta compulsiva en un período de tiempo (≤ 2 hs) de una cantidad excesiva de comida, con sensación de falta de control sobre lo que se está comiendo.</p> <p>b) Conductas de compensación para evitar subir de peso: vómito inducido, laxantes, diuréticos, ayunos, ejercicio excesivo.</p> <p>c) Los comportamientos A y B ocurren por lo menos 2 veces a la semana durante 3 meses.</p> <p>d) Autoestima muy influenciada por la imagen corporal y el peso.</p> <p>e) El trastorno no ocurre solamente durante episodios de anorexia nerviosa.</p>
<p>Tipo de anorexia: <u>Restrictivo</u>: durante este episodio el adolescente no ha tenido período de comer compulsivamente ni ha estado usando laxantes o diuréticos o induciendo el vómito. <u>Ingesta compulsiva /uso de laxantes, diuréticos e inducción vómitos</u>: el adolescente ha estado comiendo por momentos grandes cantidades e induciendo el vómito o tomando laxantes</p>	<p>Tipo de anorexia: <u>Con conducta compensadora de tipo purgante</u>: vómitos, laxantes, diuréticos. <u>Con conducta compensatoria no purgante</u>: ejercicio físico intenso, y / o ayuno.</p>

The American Psychiatric Association: *Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales IV*. Masson, SA. Barcelona, 1994.

¿Qué investigar?	¿Qué hacer?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico diferencial con: enfermedad celíaca, cáncer, enfermedad de Crohn, diabetes, hipertiroidismo, enfermedad Addison, esquizofrenia, depresión, trastornos de la personalidad, trastorno obsesivo compulsivo (TOC) abuso de cocaína o estimulantes. ▪ Evaluar el déficit nutricional. ▪ Establecer la gravedad de condición física. ▪ Evaluar disfunción familiar. 	<p>Evaluar necesidad de hospitalización cuando: Convulsiones, arritmias cardíacas, bradicardias, prolongación del QT, deshidratación, vómito incontrolable, peso inferior al 75% del esperado, depresión severa, ideas suicidas, no respuesta al tratamiento.</p> <p>Requiere atención de equipo interdisciplinario: médico, nutricionista, psicólogo y psiquiatra, con atención individual, grupal y familiar.</p> <p>Puede requerir medicación antidepresiva</p> <p>Hacer interconsulta con servicio de nivel 2 para la atención integral.</p>

❑ Trastornos nutricionales

...Desnutrición

La prevalencia de desnutrición en América Latina corresponde a la desnutrición de tipo crónico y de micronutrientes específicos como el hierro y el yodo. Las causas más frecuentes son pobreza, analfabetismo, infecciones persistentes y/o agudas, malos hábitos alimentarios. Se asocia a trastornos del desarrollo y del aprendizaje: condiciona la capacitación y el futuro del/de la adolescente

La carencia más importante: carencia calórica y proteica y micronutrientes hierro, yodo y folato. Los/as adolescentes, en fase de crecimiento y desarrollo muy intenso, tienen requerimientos nutricionales especiales: tener en cuenta sobrecarga de actividad (atletas) o embarazo. La desnutrición constituye un factor de riesgo adicional perinatal para las madres adolescentes: mayor morbilidad y mortalidad perinatal, bajo peso al nacer y retardo del crecimiento fetal.

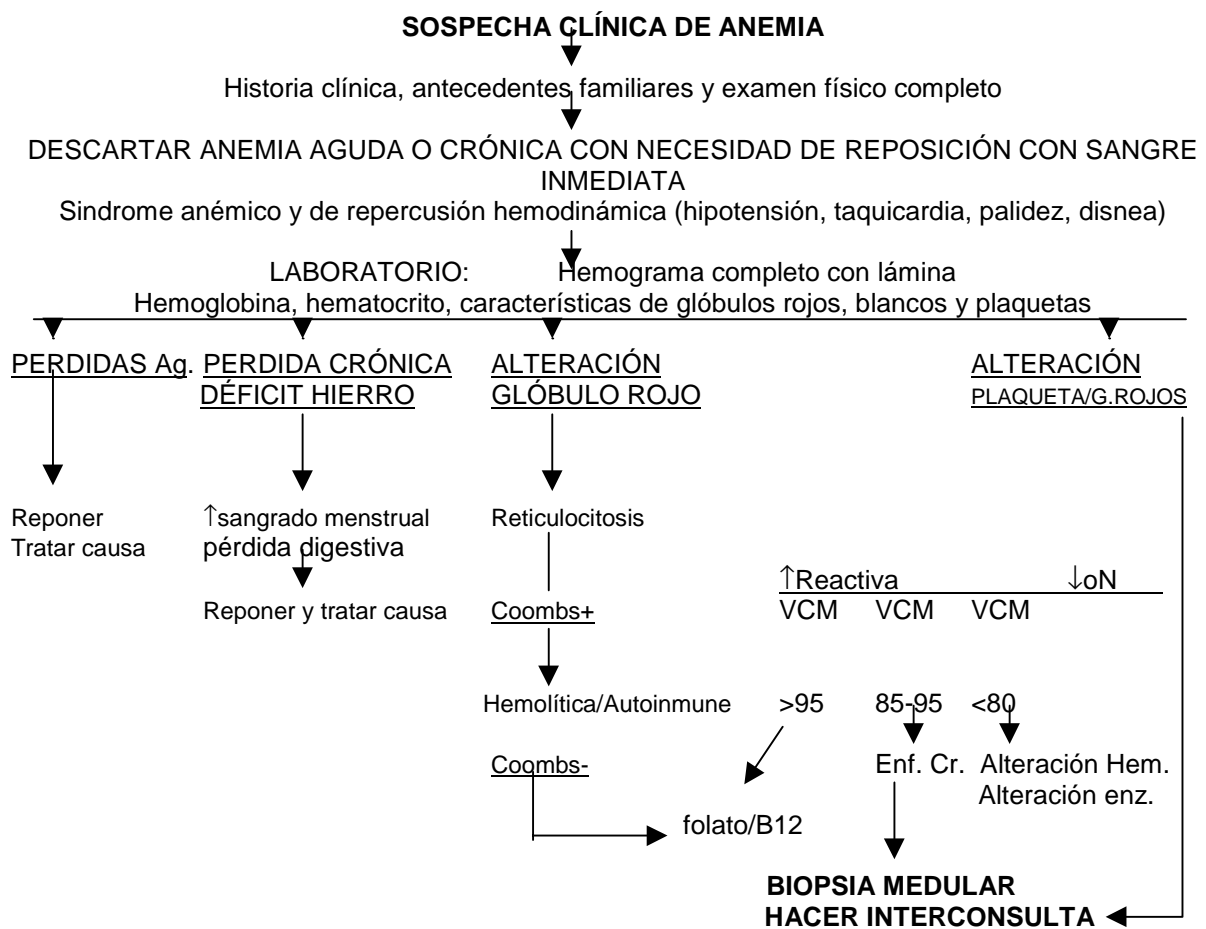
Causas de desnutrición en adolescentes	
Aguda	Crónica
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intoxicación alimentaria ▪ Diarrea aguda ▪ Otras parasitosis (Chagas, esquistosomiasis) ▪ Trastornos psiquiátricos agudos ▪ Diabetes Mellitus ▪ Hipertiroidismo ▪ Abuso de laxantes y diuréticos ▪ Gestosis precoz ▪ Cirugía, traumatismo, sepsis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividad deportiva excesiva ▪ Bulimia, anorexia ▪ Maltrato físico/sexual ▪ Infecciones crónicas (tuberculosis, VIH) ▪ Parasitosis (helmintiasis, giardiasis) ▪ Consumo de drogas ▪ Abuso de alcohol ▪ Enfermedades crónicas (Insuf. Renal, hepática, cardíaca) ▪ Enfermedades malignas
Signos y síntomas	¿Qué hacer?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cabello debilitado, opaco, pérdida de cabello ▪ Descamación de la piel, pérdida de grasa subcutánea, edemas, conjuntivas opacas, dermatitis seborreica, heridas que curan mal, queratosis, fisuras angulares y de la lengua, queilosis, hipertrofia de parótidas, encías sangrantes ▪ Pubertad retardada, amenorrea ▪ Bradicardia, disminución del gasto, hipotensión, insuficiencia cardíaca, cardiomiopatía ▪ Dolores musculares, disminución masa muscular, hiporreflexia, parestesias, fatiga, calambres ▪ Desorientación, trastornos mentales, depresión, letargo, convulsiones ▪ Anorexia, náuseas, diarrea ▪ Intolerancia a la glucosa, trastornos de la coagulación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigar posibles causas. ▪ Hablar con un adulto que la pueda apoyar (familiar, no familiar). ▪ Valorar la necesidad de hospitalización por riesgo vital: trastornos cardiovasculares, hidroelectrolíticos y neurológicos son condicionantes. ▪ Requiere tratamiento por un equipo: nutricionista, psicólogo, trabajador social y médico.

...Anemia

La causa de anemia más común de los/as adolescentes es por carencia de aporte nutricional adecuado y pérdidas crónicas. Puede agravarse por aumento de los requerimientos en el momento de la aceleración del crecimiento y en las adolescentes por las pérdidas menstruales aumentadas y/o el embarazo que representa una sobrecarga nutricional para la adolescente, si no es compensada con una dieta adecuada. Aunque el hallazgo típico es una disminución de hemoglobina, ésta puede ser normal y sin embargo ya haber un déficit de los depósitos de hierro medidos por ferritina.

Causas	Síntomas y signos	Examen laboratorio
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parasitosis (esquistosoma duodenal) ▪ Trastornos menstruales (menorragias) ▪ Digestivos (úlceras pépticas) ▪ Enfermedad crónica (insuficiencia renal, cáncer) ▪ Alteraciones de la hemoglobina y del glóbulo rojo: talasemia mayor y menor, anemia falciforme ▪ Alteraciones inmunológicas: anemia hemolítica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palidez cutánea mucosa ▪ Fatigabilidad ▪ Ictericia ▪ Hepatoesplenomegalia 	<p>Hemoglobina: < 12 –14 g/dl varones < 12 g/dl mujeres</p> <p>Ferritina < 12 mg/lt (mide depósitos de hierro)</p>

Indicaciones	
Requerimiento diario de hierro en adolescentes 11-18 años	12mg /día varones y 15 mg/día mujeres
Tratamiento de reposición con hierro vía oral	Sulfato ferroso: 3 comprimidos de 325mg (65mg hierro cada uno) al día Alejados de las comidas. Antes de acostarse se toleran mejor. La absorción mejora si se toman Día por medio por el mecanismo de absorción intestinal que se satura rápidamente. De esta manera el tratamiento resulta además más económico.
Tratamiento de reposición con folato vía oral	Ácido fólico 5 mg al día



...Obesidad

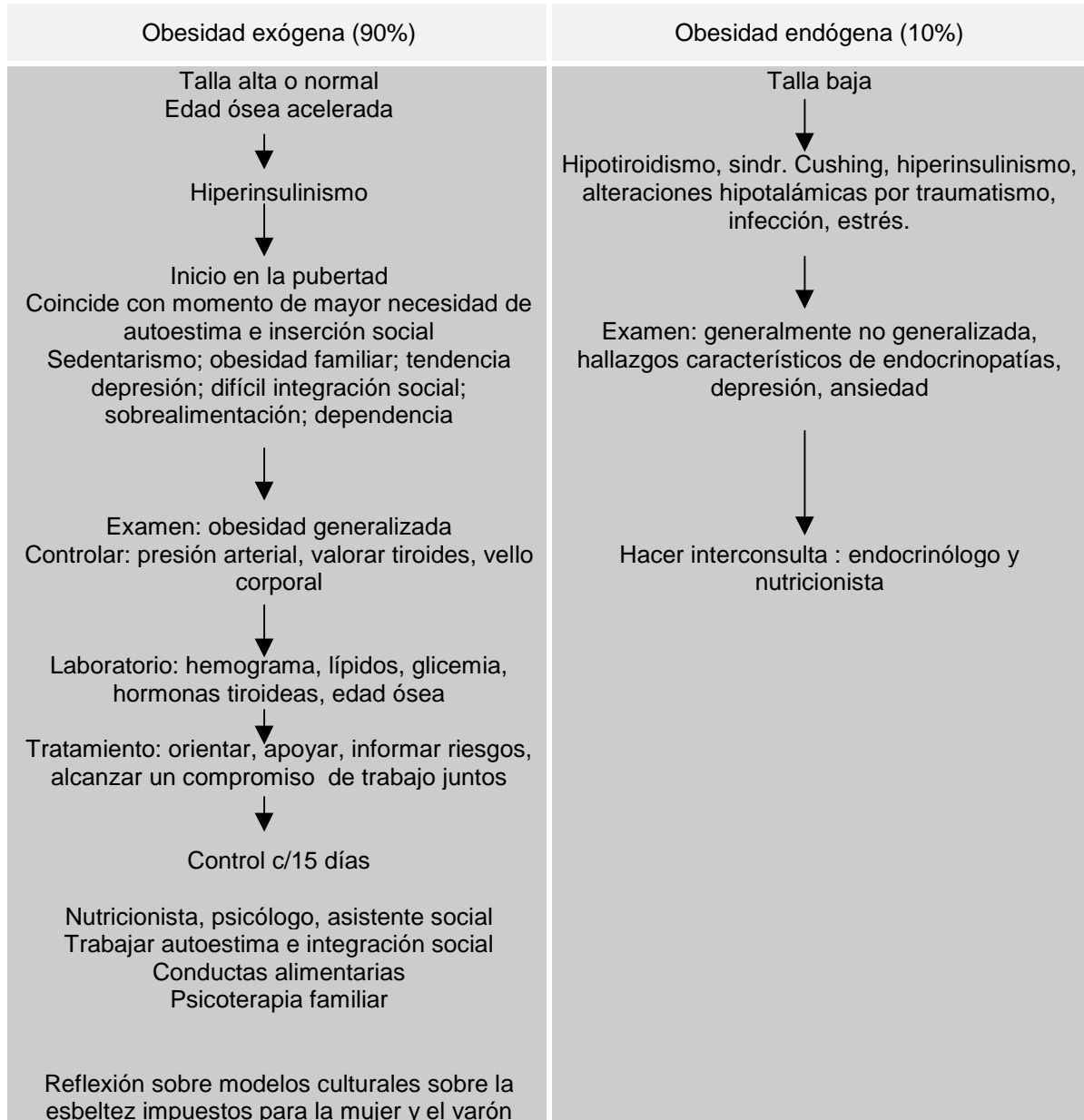
Diagnóstico

Peso mayor de 25% para las mujeres y 30% para los varones sobre el peso ideal para la talla y la edad.

Índice de masa corporal (IMC)

- **IMC > 30 o con un IMC > percentil 95 (cualquiera sea menor) = OBESIDAD**
- **IMC ≥ percentil 85 = RIESGO DE OBESIDAD**

Pliegue tricípital >18 mm para los varones y 25 mm para las mujeres



Información para los/as adolescentes

Informar y conversar con ellos/as y su familia sobre los riesgos de la obesidad (enfermedad cardiovascular, diabetes, digestivos, trastornos emocionales, cáncer de mama), y sobre los modelos culturales de esbeltez para varones y mujeres.

...Hiperlipidemia

¿Qué hacer?

La determinación inicial de colesterol se efectúa con ayuno de 12 horas.

Se debe repetir cada 5 años si el valor (o promedio de dos valores) es inferior a 170 mg/dl.

Repetir y promediar si el valor cae entre 179 y 199 mg/dl.

Solicitar lipoproteínas con ayuno de 12 hs. cuando:

- El valor inicial de colesterol es de 200 mg/dl o mayor.
- El promedio de dos valores es superior a 170 mg/dl.
- Adolescentes con padres o abuelos con historia de enfermedad vascular antes de los 55 años.

Necesidades nutricionales de los/as adolescentes

Están directamente relacionadas con los cambios en la composición corporal y guardan un vínculo más estrecho con la edad fisiológica que con la cronológica.

Considerar la etapa de maduración, el estadio del desarrollo puberal y sexual y la velocidad del crecimiento.

Tener en cuenta los tres aspectos del crecimiento.

Cálculo de nutrientes

- Hidratos de carbono: 50-60% del aporte energético total. Un gramo aporta 4 K/cal.
- Proteínas: 10-15% del volumen total calórico diario. Un gramo aporta 4k/cal.
- Lípidos: 30% del volumen total calórico diario. Un gramo aporta 9 k/cal.

Minerales

Durante el estirón puberal, aumenta la necesidad de todos los minerales, sobre todo los siguientes:

Calcio para aumento de la masa ósea.

Hierro para aumento de la masa muscular y expansión del volumen sanguíneo.

Zinc para la producción de nuevo tejido óseo y muscular.

Cantidades recomendadas de energía y proteínas para adolescentes

Edad (años)	Estatura	Peso	kcal/día	kcal/kg	kcal/cm	Proteínas	
						g/día	g/cm
MUJERES							
11-14	157	46	2200	47	14.0	46	0.29
15-18	163	55	2200	40	15.5	44	0.26
19-24	164	58	2200	36	13.4	46	0.28
VARONES							
11-14	157	45	2500	55	16.0	45	0.28
15-18	176	66	3000	45	17.0	59	0.33
19-24	177	72	2900	40	16.4	58	0.33

Recommended Dietary Allowances (RDA), 9a. conferencia. National Academy of Sciences. National Academy Press, Washington DC. 1989.

Ingesta proteica y calórica recomendada para adolescentes

Para adolescentes varones

Categoría	11-14 años	15-18 años	19-22 años
Peso (kg)	45	66	70
Estatura (cm)	157	176	177
Energía (cal)	2.700	2.800	2.800
Proteína (g)	45	56	56
Vitamina A (U.I.)	1.000	1.000	1.000
Vitamina D (U.I.)	10	10	7,5
Vitamina E (U.I.)	8	10	10
Vitamina C (mg.)	50	60	60
Tiamina (mg.)	1,4	1,4	1,4
Rivoflamina (mg.)	1,6	1,6	1,6
Niacina (mg.)	18	18	19
Vitamina B6 (mg.)	1,8	2,0	2,6
Ácido fólico (mg.)	400	400	400
Vitamina B12 (mg.)	3,0	3,0	3,0
Calcio (mg.)	1.200	1.200	800
Fósforo (mg.)	1.200	1.200	800
Magnesio (mg.)	350	400	350
Hierro (mg.)	18	18	10
Zinc (mg.)	15	15	15
Yodo (ug.)	150	150	150

Para adolescentes mujeres

Categoría	11-14 años	15-18 años	19-22 años	Embarazo	Lactancia
Peso (kg)	46	55	55		
Estatura (cm)	157	163	163		
Energía (cal)	2.200	2.200	2.200	+300	+500
Proteína (g)	46	46	44	+30	+20
Vitamina A (U.I.)	800	800	800	+200	+400
Vitamina D (U.I.)	10	10	7,5	+5	+5
Vitamina E (U.I.)	8	8	8	+2	+3
Vitamina C (mg.)	50	50	60	+20	+40
Tiamina (mg.)	1,1	1,1	1,1	+0,4	+0,5
Rivoflamina (mg.)	1,3	1,3	1,3	+0,3	+0,5
Niacina (mg.)	15	14	14	+2	+5
Vitamina B6 (mg.)	1,8	2,0	2,0	+0,6	+0,5
Ácido fólico (mg.)	400	400	400	+400	+100
Vitamina B12 (mg.)	3,0	3,0	3,0	+1,0	+1,0
Calcio (mg.)	1.200	1.200	800	+400	+400
Fósforo (mg.)	1.200	1.200	800	+400	+400
Magnesio (mg.)	300	300	300	+150	+150
Hierro (mg.)	18	18	18	+30-60	+30-60
Zinc (mg.)	15	15	15	+5	+10
Yodo (ug.)	150	150	150	+25	+50

Junta de Alimentación y Nutrición. Academia Nacional de Ciencias. Consejo Nacional de Investigaciones. *Recommended Dietary Allowances*, 10a. conferencia, Washington DC, 1990.

Necesidades nutricionales en la adolescente embarazada o que amamanta

En la embarazada y durante la lactancia aumentan las necesidades proteínicas, energéticas y de todos los nutrientes. Durante el primer trimestre casi no hay incremento de las necesidades alimenticias. Durante el segundo y tercer trimestre es aconsejable un suplemento de aproximadamente 300 calorías diarias.

Las adolescentes embarazadas con una vida sedentaria necesitan como mínimo, de 2400 a 2600 kcal. diarias y las adolescentes más activas o en la etapa final del crecimiento necesitan cerca de 50 kcal. diarias por kg. de peso. Hay que calcular de 30 a 35 gr. diarios de proteínas suplementarias.

La adolescente que no consume leche o derivados, debe incorporar a su dieta el consumo de los mismos, durante el embarazo. También es conveniente que incluya en su alimentación el consumo de alimentos ricos en hierro y ácido ascórbico, ya que el problema de la anemia es relativamente común en este estado. Para evitar esta constipación es aconsejable el consumo de frutas, verduras, cereales integrales y líquidos que aceleran el tránsito intestinal.

Se recomienda no abusar del consumo de sal, ya sea como condimento, o a través de alimentos ricos en ella, como por ejemplo fiambres embutidos, conservas, salsas comerciales, caldos, etc.

Alimentos recomendados para adolescentes embarazadas

Alimentos	Frecuencia de consumo	Cantidades en adolescentes 12-17 años	Cantidades en embarazadas
Leche	Diaria	400 cc	500cc
Carne	3 u por sem.	100 g	100 g
Huevos	3 u por sem.	1 u	1 u
Leguminosas	3 u por sem.	90 g	80 g
Frutas	Diaria	250 g	200 g
Verduras	Diaria	180 g	180 g
Papas	Diaria	250 g	250 g
Cereales	Diaria	60 g	60 g
Pan	Diaria	400 g	300 g
Azúcar	Diaria	90 g	70 g
Margarina o manteca/mantequilla	Diaria	25 g	10 g
Aceites o grasas	Diaria	30g	40 g
Aporte	Calorías	2.844	2.513
	Proteínas	73,0 g	68,7 g

Alteraciones de la piel y las faneras

...Hirsutismo

Crecimiento excesivo (mayor de lo que se considera estético) de pelo largo, grueso y pigmentado. Es una consulta frecuente entre las adolescentes.

Androgénico	Idiopático	Virilización	Cushing
Vello con patrón de distribución masculino	Vello generalizado, independiente androgenización, de tipo familiar.	Vello asociado a cambios de la voz, aumento de masas musculares y aumento de tamaño del clítoris.	Vello, aumento de peso, debilidad general, hipertensión arterial

HIRSUTISMO



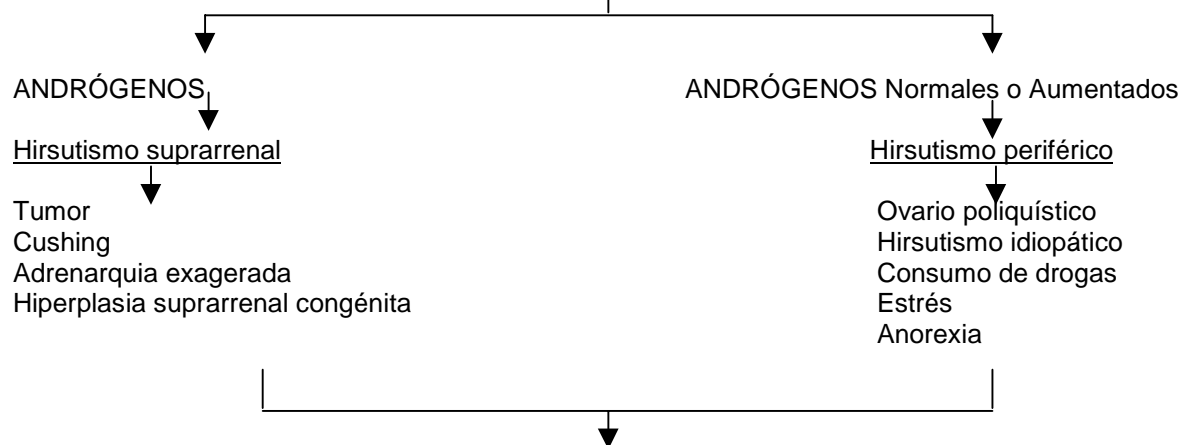
Historia y examen físico completo

Características y evolución del vello, otros síntomas (aumento de peso, hipertensión, trastornos menstruales, anorexia, bulimia, uso de medicación), evaluar tiroides y otros elementos de virilización



EVALUACIÓN TIPO DE HIRSUTISMO – NIVEL ANDRÓGENOS

Dosificación de Testosterona (total y libre), dehidroepiandrosterona, y su derivado sulfato, androstenediona, LH/FSH, prolactina
Ecografía pélvica y suprarrenal
Tomografía computarizada abdominal



HACER INTERCONSULTA + APOYO PSICOLÓGICO

Información para los/as adolescentes

¿Qué me está pasando? ¿Qué debo hacer para el tratamiento?

Aunque te llama mucho la atención y te preocupa, todo hace pensar que el aumento del vello no se debe a una enfermedad grave. Para asegurarnos que así, deberías hacerte unos análisis y necesitarías que te vean otros colegas para que te den medicación especial si es que la necesitas. En cuanto al vello, si bien no se va a ir todo solo, se puede hacer tratamientos locales de depilación que de a poco lo sacarán todo.

...Acné

Enfermedad de la unidad pilosa de tipo inflamatorio, que se caracteriza por comedones, pápulas, pústulas, nódulos y en algunos casos cicatrices. El 80 a 90% aparece en la adolescencia y se inicia poco antes de la pubertad. Afecta la autoestima del/ de la adolescente y sus interacciones sociales.

Clínica	Tratamiento
G. 1: Comedones sin signos inflamatorios.	Peróxido de benzoilo.
G.2: Inflamación moderada, comedones, pápulas, a veces pústulas. HACER INTERCONSULTA	Peróxido de benzoilo, ácido retinoico local y/o antibióticos locales y generales
G. 3: inflamación localizada severa. HACER INTERCONSULTA	Ácido retinoico local, peróxido de benzoilo, antibióticos generales.
G. 4: Inflamación generalizada severa. HACER INTERCONSULTA	Ácido retinoico local, antibióticos generales, ácido 13-cis retinoico (no usar en embarazadas).

Información para los/as adolescentes

¿Qué me está pasando?

El acné es un problema de muchos adolescentes y se debe a muchas causas.

¿Qué debo hacer para curarlo?

Ahora hay tratamientos nuevos que te van a ayudar a mejorarlo y a que te queden menos cicatrices. Para ver los efectos tienes que esperar un cierto tiempo. Debieras a tener constancia para usar la medicación que te recomiende el especialista que será el que te vea por el acné. Debiéramos trabajar todos juntos para tu mejoría.

❑ Problemas de salud de los niños de la calle

Las Naciones Unidas estimaron que existen entre 30 y 170 millones de niños de la calle en el mundo (que incluye los niños de la calle, en la calle y aquellos cuya familia vive en la calle). En América Latina las edades oscilan entre los 8 y los 17 años. Las niñas constituyen aproximadamente un 10-15%. El 80-90% tiene algún contacto con su familia. Los niños de la calle presentan particulares problemas de salud que es necesario tener en cuenta por la provisión de servicios:

- **Salud física:** traumatismos, algunas infecciones. No se visualiza mayor prevalencia de desnutrición. La actividad sexual temprana, aproximadamente a los 10,8 años para los varones y 12,4 años para las mujeres. Los embarazos son muy frecuentes, y aproximadamente el 25% dice haberse practicado uno o más abortos.
- **Salud mental:** El 80% usa drogas regularmente. Las más frecuentes son adhesivos de contacto.
- **Aspectos sociales:** La mayoría realiza actividades intermitentes: se dedican a lavar o cuidar automóviles, venta ambulante, pedir limosna o prostitución. Algunos forman bandas que presentan una estructura de tipo jerárquica, pero la mayoría forman grupos menos estables y con roles menos definidos. En América Latina existen "escuadrones de la muerte", que buscan resolver el problema de los niños de la calle mediante la eliminación. En Brasil, el Movimiento de Chicos de la Calle encontró 457 asesinatos entre Marzo y Agosto de 1989.

La consulta en chicos de la calle debe tener las siguientes características:

- Atención interdisciplinaria, considerando aspectos bio-psicosociales específicos.
- Investigar infecciones (VDRL, infección por HIV/SIDA, Hepatitis B, Tuberculosis) y estado general de salud (hemograma).
- Investigar por servicio social las personas (adultas o adolescentes) con quienes mantiene contacto, lugares que frecuenta.
- Ofrecer información sobre instituciones para recurrir en busca de apoyo o información legal en casos de violación, enfermedades graves, acciones médicas de emergencia.
- Aprovechar todas las oportunidades para consejería sobre anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual y por VIH/SIDA, particularmente el uso de preservativo/condón.

□ Bibliografía

- Atalah, E.; Radrigan, M.E. (1992). "La desnutrición infantil. Manual de prevención y tratamiento". ECO Salud Ed. En Silber, T.; Munist, M.; Maddaleno, M.; Suárez Ojeda, N. Manual de medicina de la adolescencia. OPS/OMS. Washington, DC.
- Berliner, L.; Elliot, D.M. (1996). "Sexual Abuse of Children". En Briere, J.; Berliner, L.; Bulkley, J.A.; Jenny, C.; Reid, T. The APSAC Handbook on Child Maltreatment: 51-71. Ed. Sage, California.
- Blum, R. (1994). Dimensiones del desarrollo en la adolescencia. En Taller de Indicadores de Desarrollo en la Adolescencia. Subcomisión de Investigación. Comisión Interinstitucional para la Atención Integral de la Salud del Adolescente. San José, Costa Rica. Abril (mimeo).
- Brookman, R.; Koff, R.; Schaffner, W.; Margolis, H.; Collins, M.; Bloom, B.; Couper, S. (1995). "Critical Issues Surrounding Hepatitis B Vaccination for Adolescents: A Roundtable". *Journal of Adolescent Health*; 17: 208-233.
- Brumi, V.; Bellone, F. (1990). Ginecología dell' infanzia e dell' adolescenza. Società Edirice Universo, Roma. Iedizioni.
- Burt, M. (1998). ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? OPS/OMS, Washington, DC.
- Canessa, P.; Nykiel, C. (1997). Manual para la educación para la salud integral del adolescente. OPS/OMS, FNUAP, Washington, DC, mayo.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1996). En Promoción de la salud: Una antología. OPS/OMS, Publicación científica N°557. Washington, DC.
- Cassidy, W.; Mahoney, K. (1995). "A Hepatitis B Vaccination Program Targeting Adolescents". *Journal of Adolescent Health*; 17: 244-247.
- Catao de Korin (1992). "Dinámica familiar en la adolescencia". En Silber, T.; Munist, M.; Maddaleno, M.; Suárez Ojeda, N. Manual de medicina en la adolescencia. OPS/OMS, Washington, DC.
- CDC (1998). "Chicken Pox Vaccine: What you Need to Know" (monografía en Internet). U.S. Department of Health and Human Services. <http://www.cdc.gov/nip/publications/vis/vis-varicilla.pdf>
- CEPAL (2000). Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe. México.
- CEPAL (1995). Panorama social de América Latina. Santiago, Chile.
- Clínicas Pediátricas de Norteamérica: Ginecología pediátrica y de adolescentes (1981). Vol 2. Ed. Interamericana.
- Cohen, M.; Adler, N.; Beck, A.; Irwin, C.E. (1986). "Parental Reactions to the Onset of Adolescence". *Journal of Adolescent Health Care*; 7: 101-106.
- Cohen, P.; Rosenfeld, R. (1994). "Trastornos del crecimiento". En: McAnarney, E.; Kreipe, R.; Orr, D.; Comerci, G.; editores. Medicina del adolescente. Buenos Aires: Editorial Panamericana: 530-537.
- Coll, A. (1996). Prevención del embarazo en adolescencia. PRONAP 96, Modulo 1. Sociedad Argentina de Pediatría: 65-86.
- Comisión Interagencial PNUD/UNESCO/UNICEF/Banco Mundial (1993). Declaración mundial sobre educación para todos y marco de acción para satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje. Jomtien, marzo. UNICEF de Argentina, Buenos Aires.
- Costa Rica, Ministerio de Salud/Caja Costarricense de Seguro Social (1997). Normas de atención del embarazo en la adolescencia. San José, Costa Rica.

Cromer, B.A.; Seifert, M.C.; Heald, F. (1992). "A Critical Review of Comprehensive Health Screening in Adolescents". *Journal of Adolescent Health*; 13 (2).

Cheng, T.; Savageau, J.; De Witt, T. (1993). "Confidentiality in Health Care: A Survey of Knowledge, Perceptions and Attitudes among High School Students". *JAMA*; 269: 1404-1407.

Chile, Ministerio de Educación (1993). Política de educación en sexualidad, para el mejoramiento de la calidad de la educación.

De los Ríos, R. (1993). "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción". En Género, mujer y salud en las Américas. OPS/OMS, Washington, DC.

Dexeus, S. (1986). La contracepción hoy. Barcelona, España.

Donas, S. (1998). "Protección, riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de salud de los/as adolescentes". OPS/OMS, junio (mimeo).

Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud. Dirección Nacional de Fomento y Protección (1995). Manual de normas y procedimientos para la atención integral a la salud de los/as adolescentes con énfasis en salud reproductiva. Quito, Ecuador.

Elster, A.; Kuznetz, N. (1994). AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS) Recommendation and Rationale. American Medical Association. Department of Adolescent Health. Chicago, Illinois. De. Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, EE.UU.

Erickson, E. (1980). Identidad, juventud y crisis. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Ernest, M.; Robert, A.; Richman, M. (1981). "A Condensed Table for Predicting Adult Stature". *J Pediatric*; 50:442.

Family Health International (1995). Consejería en planificación familiar. Un prototipo del currículo, manual del participante. AVSC International, New York. En Internet: <http://www.fhi.org>

Fariña de Luna, M. (1991). "Aspectos psicológicos en sexualidad humana". En Cerruti, E. y cols., Sexualidad humana: Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. OPS Brasil.

Finkelstein, J.W. (1994). The effect of developmental changes in adolescence in drug disposition. *Journal of Adolescent Health*; 15:612-618.

Florenzano, R.U. (1992). "Desarrollo psicológico". En Manual de medicina del adolescente. OPS/OMS, Serie Paltex N° 20. Washington, DC.

FNUAP (1997). Reunión regional sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina: compromiso con el futuro. Conclusiones y recomendaciones. San José, Costa Rica. Diciembre.

FNUAP (1997). Serie Indicadores de Población 1: Indicadores seleccionados sobre adolescentes en América Latina y el Caribe.

Forrest, C.B. y Starfield, B. (1996). "The Effect of First-Contact Care with Primary Care Clinicians and Ambulatory Health Care Expenditure". *Journal of Family Practice*. Vol. 43 (1 Jul).

Franco, S.; Aramburu, C.E.; Klass, R.; Pittman, P. (1999). Análisis de la dimensión socio-emocional en la atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Un modelo de evaluación de la calidad de atención. Los casos de Villa El Salvador en Lima Perú y de Avellaneda en Provincia de Buenos Aires, Argentina. Programa Regional Salud, Mujer y Desarrollo de OPS/OMS (mimeo).

Franco, S.; Ceirano, V.; Pittman, P. (2000). Manual de evaluación de la dimensión socio-emocional de la calidad de atención de servicios de salud. Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS (en prensa).

Gagnon, J. (1980). Sexualidad y cultura. Editorial Pax, México, DF.

- González, P.A. (1998). "Aspectos distintivos en la atención de adolescentes". I Congreso Argentino de Pediatría Ambulatoria. Buenos Aires, noviembre (mimeo).
- González, P.A. (1998). "El consentimiento informado en la adolescencia". III Presentación en Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente; Villa Carlos paz, Córdoba, octubre.
- González, P.A. (1998). Sexualidad y discriminación en la adolescencia. Fundación Médica de Mar del Plata, septiembre.
- Greulich, W. y Pyle, S.I., eds (1959). Radiographic Atlas of Skeletal Development of the Hand and Wrist. 2nd Ed. Stanford California: Stanford University Press.
- Guimaraes, E.S. (1985). "Adolescencia: Patología ou normalidade?", J. Bras Psq, 34 (2): 103-104.
- Haddom, W. (1980). "Advances in Epidemiology Injuries as a Basis for Public Policy". Public Health Rep.1980; 95:411-421. En Elford, W. Prevención de las lesiones sufridas por los adultos en el hogar durante actividades recreativas. Prevención clínica: guía para médicos. OPS/OMS, Publicación científica N°568. Washington, DC, 1998.
- Haley, J. (1980). Terapia no convencional. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Henriques Mueller, M.H.; Yunes, J. (1993). "Adolescencia, equivocaciones y esperanzas". En Género, mujer y salud en las Américas. OPS/OMS, Washington, DC.
- Hernández, A. (1994). Familia y adolescencia. Indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos. OPS/OMS, Washington, DC.
- Hoekelman, R.A (1993). "Embarazo en la adolescencia. Uno de nuestros mayores y desafiantes dilemas". *Pediatric Annals*; 22: 81-82.
- Hofmann, G.A. (sin fecha). Adolescent Medicine. Segunda edición.
- Intebi, I. (1998). En las mejores familias. Ed. Granica, Buenos Aires.
- Intebi, I. (1997). Maltrato infante juvenil. EDISA Educación a distancia en salud del adolescente. Módulo N°11. Buenos Aires.
- Jenny, C.: (1996). "Medical Issues in Sexual Abuse". En Briere, J.; Berliner, L.; Bulkley, J.A.; Jenny, C.; Reid, T. The APSAC Handbook on Child Maltreatment. Recopilado: 195-205. Ed. Sage. California.
- Kaplan, H. (1985). Evaluación de los trastornos sexuales. Aspectos médicos y psicológicos. Ed Grijalbo, Buenos Aires.
- Kaplan, K. (1986). Adolescencia: Adiós a la infancia. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Kickbusch, I. (1996). "El autocuidado en la promoción de la salud". En Promoción de la salud: una antología. OPS/OMS, Publicación científica N° 557. Washington, DC.
- Koocher, G.P.; DeMaso, D.R. (1990). "Children's Competence to Consent to Medical Procedures". *Pediatrician*;17:68-73.
- Krauskopf, D. (1995). "Los grupos de pares en la adolescencia". En La salud del adolescente y del joven. OPS/OMS, Publicación científica N°552. Washington, DC.
- Lawrence, M. y Golsteins, M. (1995). "Hepatitis B Immunization in Adolescents". *Journal of Adolescent Health*; 17: 234-343.
- Leventhal, J.M. (1998). "Epidemiology of Sexual Abuse of Children: Old Problems, New Directions". *Child Abuse and Neglect, The International Journal*; Vol 22 (6): 481-491.

López, I. y Macías, T. (1986). "Estudio longitudinal mixto del área metropolitana de Caracas". *Arch. Venez. Puer. Pediatr.*; 49: 156-171.

Luengo, Ch.M.X (1997). "La entrevista a un adolescente". *Rev. SOGIA*; 4(2): 21-23.

Maddaleno, M.; Munist, M.; Serrano, C.V.; Silber, T.; y Suárez Ojeda, N.E. (1995). La salud del adolescente y el joven. OPS/OMS. Publicación científica N° 552. Washington, DC.

Mariño, Z.; Millán-Espinasa, M.C.; y Sileo, E. (1998). "Adolescente con sospecha de VIH positivo". En Sileo, E.; Cabrera, T.; Millán-Espinasa, M.C. y cols. Orientación diagnóstica en medicina del adolescente. Ad. Ateproca, Caracas.

Mayer, M.L.; Clark, S.J.; Konrad, T.R.; Freeman, V.A.; y Slifkin, R.T. (1999). "The Roles of State Policies and Programs in Buffering the Effects of Poverty on Children's Immunization Receipt". *American Journal of Public Health*; 89 (2): 164-170.

Méndez Ribas, J.M. (1993). Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Ed. Ascune, Buenos Aires.

Millar, W.J. y Hunter, L. (1991). "Household Context and Youth Smoking Behavior Prevalence, Frequency and Tar Yield". *Can J. Public Health*; 82: 83-85. En Taylor, M. y Dingle, J. (1998). "Prevención de enfermedades causadas por el tabaco". En Prevención clínica: guía para médicos. OPS/OMS Publicación científica N°568. Washington, DC.

Ministério da Saúde/Secretaría de Assistência à Saúde (1993). Normas de atenção à saúde integral do adolescente. Volume I, II y III. Brasilia.

Minuchin, S. (1982). Familias y terapia familiar. Ed Gedisa. Buenos Aires.

Montemayor, R. (1983). "Parents and Adolescents in Conflict: All Families Some of the Time and Some Families Most of the Time". *Journal of Early Adolesc*; 3: 83-103.

Morlachetti, A y Franco, S (1999). Aspectos legales para la atención integral de salud de adolescentes y jóvenes. Programa Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata.

National Academy of Sciences/Institute of Medicine (1990). Clinical Practice Guidelines: Directions of a New Program. Natl. Ac. Pre. Washington. Citado por Stachenko, S. (1998). "Normas preventivas: su función en la prevención clínica y en la promoción de la salud". En Prevención clínica, guía para médicos. OPS/OMS. Publicación científica N° 568. Washington, DC.

National Cholesterol Education Program (1992). "Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents". *Pediatrics*; 89 (suppl): 525-584.

National Heart, Lung and Blood Institute (1987). "Report of the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children". *Pediatrics*; 79: 1-25.

Nidorf, J. y Morgan, M. (1987). "Cross-cultural Issues in Adolescent Medicine". *Prim. Care*;14:69-82.

Nottelman, E.D.; Susman, E.J.; Inoff-German, G. y cols. (1987). "Developmental Processes in Early Adolescence: Relationships Between Adolescent Adjustment Problems and Chronologic Age, Puberal Stage and Puberty-Related Serum Hormone Levels". *The Journal of Pediatrics*, March: 473-480.

Offer, D.; Ostrov, E.; y Kenneth, I.H.: (1989). "Adolescence. What is Normal?" *AJDC* Vol. 143, June: 731-736.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998). Condiciones de salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1996). Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de atención. Proyecto de apoyo a iniciativas nacionales de salud del adolescente en la región de las Américas. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998): Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. 1998-2001. Washington, DC.

Orsay, E.D.; Turnbull, T.L.; Dunne, M. y cols. (1988). Prospective Study of the Effect of Safety Belts on Morbidity and Health Care Cost in Motor Vehicle Accidents. *JAMA*; 260: 3598-3603.

Pan American Health Organization (1998). Caribbean Subregion: Caribbean Adolescent Health Survey: Antigua, Dominica, Grenada, Jamaica, Barbados WI. University of Minnesota, Minneapolis. EE.UU.

Paxman y cols. (1993). "Study in Family Planning". *The Population Council*, Vol. 24 (4). En The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America.

Pellegrini, D.; Kosisky, S.; Nackman, D. y cols. (1986). "Personal and Social Resources in Children of Patients with Bipolar Affective Disorder and Children of Normal Control Subjects". *Am J. Psychiatry* 143:7, July: 856-861.

Perry, C.; Luepker, R.; Murray, D. (1988). "Parent Involvement with Children's Health Promotion: The Minnesota Home Team". *American Public Health*; 18:117-151.

Piaget, J. (1990). La equilibración de las estructuras cognitivas. El problema central del desarrollo. Ed. Siglo XXI. Madrid, segunda edición.

Population Report (1991). Serie F N°7, mayo.

Presman, J.; Balassa, E.; y Franco, S. (1991). La consulta de salud en adolescentes, En Manual de atención primaria de salud en la adolescencia. Comisión Intersectorial de Salud del Adolescente. Programa Materno Infantil. Provincia de Córdoba, Argentina.

Presman, J. (1997). Seminario sobre obesidad y trastornos alimentarios (mimeo). Programa Materno Infantil. Sub-Programa Salud Integral del Adolescente, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata.

Provincia de Buenos Aires (1999). Gabinete Social: Plan de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires sobre sexualidad responsable. La Plata.

Provincia de Buenos Aires (1999). Guía de trabajo de las jornadas ECOS. Proyecto de educación comunitaria en sexualidad y afectividad. Gabinete Social, con el apoyo de FNUAP. La Plata (mimeo).

Remafedi, G. (1988). "Adolescent Homosexuality". *Journal of Adolescent Health Care*; 9 (2): 93-95.

República Argentina/Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1995). Lineamientos normativos para la atención integral de salud en adolescentes, Módulo 1. Secretaría de Programas de Salud, Secretaría de Acción Comunitaria. Dirección de Salud Materno Infantil. Buenos Aires,.

República de Colombia/Ministerio de Salud (1996). Lineamientos de educación sexual para el sector salud. Santa Fe de Bogotá. Agosto.

Roter, D.L. y Hall, J.A. (1989). "Studies of Doctor-Patient Interaction". *Annu. Rev. Public Health*; 10:163-80.

Scanlon, T.J.; Tomkins, A.; Lynch, M.A.; y Scanlon, F. (1998). "Los niños de la calle en América Latina". En *British Medical Journal*; 316: 1596-1600.

Schatz, D. y Bercu, B. (1993). "Crecimiento y desarrollo normales". En Hung, W., editor. *Endocrinología pediátrica*. Edit. Mosby; 19-28. Madrid.

Schuster, M.; Bell, R.; y Kanouse, D. (1996). "The Sexual Practice of Adolescents Virgins: Genital Sexual Activities of High School Students who Never had Vaginal Intercourse". *American Journal of Public Health*; 86:1570-1576.

Serfaty, E. (1993). *Salud mental en adolescencia y juventud*. Curso en Sociedad Argentina de Pediatría (mimeo). Buenos Aires.

Silber, T. (1993). "Enfermedades de transmisión sexual: aspectos clínicos y éticos". En Méndez Ribas, J.M. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Ed. Ascune Hnos. Buenos Aires.

Silber, T.; Munist, M.; Maddaleno, M.; y Suárez Ojeda N.E. (1992). Manual de medicina de la adolescencia. OPS/OMS. Serie Paltex N°20. Washington, DC.

Sileo, E.; Cabrera, T.; Millán-Espinosa, M.C.; y Gonzalo, X. (1998). Orientación diagnóstica en medicina del adolescente. Ed. Ateproca. Caracas.

Simini, F.; Franco, S.; Pasqualini, D.; y Lammers, C. (1995). Sistema informático del adolescente con historia de salud sexual y reproductiva. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Programa de Salud Integral del Adolescente OPS/OMS. Publicación científica CLAP N°1454. Montevideo.

Society for Adolescent Medicine (1995). "Position Statement on Hepatitis B Immunization". *Journal of Adolescent Health*; 17: 256.

Stachenko, S. (1996). "Normas preventivas: su función en la prevención clínica y en la promoción de la salud". En Prevención clínica: guía para médicos. OPS/OMS Publicación científica N° 568. Washington, DC.

Starfield, B.; Cassady, C.; Nanda, J. y cols. (1998). "Consumer Experience and Provider Perception of Quality Primary Care: Implication for Managed Care". *Journal of Family Practice*.

Succi, E. (1998). "Pubertad". Rio de Janeiro (mimeo).

Summitt, R.C. (1993). "The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome". *Journal of Child Abuse and Neglect*; (7):177-193

Taylor, M. y Dingle, J. (1998). "Prevención de las enfermedades causadas por el tabaco". En Prevención clínica. Guía para médicos. OPS/OMS. Publicación científica N°568. Washington, DC.

Terris, M. (1992). "Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública". En *Journal of Public Health Policy*; 13 (3): 267-276. Citado en Promoción de la salud, una antología (1996). Publicación científica N° 557 OPS/OMS. Washington, DC.

The Canadian Task Force on Periodic Health Examinations (1998). "The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care". En Prevención clínica guía para médicos. Publicación científica N°568. OPS/OMS. Washington, DC.

Trumper, E. (1990). Adolescencia. Atención integral de adolescentes y jóvenes. Sociedad Argentina de Pediatría; 219-231.

Trumper, E. (1988). "Anticoncepción en la adolescencia". En Zeiguer, B.K. Ginecología Infanto Juvenil. Ed. Panamericana. Buenos Aires; 413-428.

U.S. Department of Health and Human Services/Public Health Service/Centers for Disease Control/Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion/Office on Smoking and Health (sin fecha). DHHS, Publicación N° (CDC) 89-8411.

UNICEF (1997). Youth Health for a Change. Geneva.

Valdés, M.; Florenzano, R.; Roizblatt, A.; Labra, J.F. y cols. (1995). Medición de la funcionalidad familiar: Diferentes aproximaciones. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Campus Oriente, Documento de trabajo N°65. Familia y salud XV, Santiago, Chile.

Vera Godoy, R. (1998). Educación comunitaria de resonancia para la salud sexual y reproductiva de adolescentes y de adultos "aprendiendo a decidir". FNUAP, Santiago, Chile.

Vera Godoy R. (1997). Jornadas de conversación sobre afectividad y sexualidad JOCAS. Proyecto intersectorial para la prevención del embarazo adolescente. Experiencia del gobierno chileno. Con el apoyo del Equipo de Apoyo Técnico del FNUAP para América Latina y el Caribe. Santiago Chile, junio.

Vera Godoy, R. (1998). La equidad de género, dimensión central del desarrollo humano. Seminario sobre salud reproductiva. Consejo Latinoamericano de Iglesias y el Fondo de Población de Naciones Unidas. Cancún, México, septiembre.

Voegtler, K. y Davis, B. (1993). Meeting the Health Care Needs of Culturally-Diverse Youth. American Medical Association, Chicago, EE.UU.

Walford, R.W. (1998). "Prevención de las lesiones por accidentes de tráfico". En Prevención clínica: guía para médicos. OPS/OMS, Publicación científica N°568. Washington, DC.

Warren, M. (1980). "The Effects of Exercise on Pubertal Progression and Reproductive Function in Girls". *Journal Clin Endocrinol Metab.*; 51: 1150-1157.

Weinstein, J. (sin fecha). "Algunos desafíos de la intersectorialidad en materia de políticas de adolescentes y jóvenes" (mimeo).

WHO/UNICEF/UNFPA (sin fecha). Youth-Friendly Health Services. Study Group Framework for Country Programming.

Zeigler, B. (1997). Ginecología Infanto Juvenil. Ed. Panamericana, Buenos Aires, segunda edición.

Zeigler, B. (1996). "Vulva, vagina y cuello". En Infancia y adolescencia. Ed. Panamericana, Buenos Aires.

Zenilan, J. (1988). "Sexually-Transmitted Diseases in Homosexual Adolescents". *Journal of Adolescent Health Care*; 9 (2):129-138.

¹ CEPAL: Panorama social de América Latina. Santiago de Chile 1995.

² CEPAL: Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe. México 2000.

³ FNUAP: Serie Indicadores de Población 1: Indicadores Seleccionados sobre Adolescentes en América Latina y el Caribe 1997.

⁴ PAHO. Caribbean Subregion: Caribbean Adolescent Health Survey: Antigua, Dominica; Grenada, Jamaica. Barbados WI. University of Minnesota, Minneapolis. USA 1998.

⁵ Leventhal, J.M.: "Epidemiology of Sexual Abuse of Children: Old Problems, New Directions". *Child Abuse and Neglect, The International Journal.* 1998;Vol 22 (6): 481-491

⁶ OPS/OMS: Condiciones de salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas. Washington DC 1998.

⁷ CDC 1998.