

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Programa Nacional de Salud Adolescente

GUÍAS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD DE ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

TOMO I



Uruguay 2009

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Programa Nacional de Salud Adolescente

GUÍAS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD DE ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

TOMO I

URUGUAY - 2009

■ Autoridades

Ministra de Salud Pública

Dra. María Julia Muñoz

Subsecretario

Dr. Miguel Fernández Galeano

Director General de la Salud

Dr. Jorge Basso

Subdirector General de la Salud

Dr. Gilberto Ríos

Directora de la División Normas e Investigación

Dra. Norma Rodríguez

Directora del Departamento de Investigación y Programas de Salud

Lic. Sandra Moresino

Directora del Programa Nacional de Salud Adolescente

Dra. Susana Grunbaum

Coordinación general:

- Dra. Mirtha Belamendia - Adjunta del Programa Nacional de Salud Adolescente DIGESA - MSP.

Equipo técnico a cargo de la elaboración:

- Dra. Susana Grunbaum - Directora del Programa Nacional de Salud Adolescente - DIGESA - MSP.
- Dra. Mirtha Belamendia - Adjunta del Programa Nacional de Salud Adolescente DIGESA - MSP.
- Dra. Yeni Hortonedá - Referente del Área Adolescencia - Unidad de Reconversión del Modelo de Atención - URMA - Red de Atención del Primer Nivel (RAP) - Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- Dra. Mariella Bazzano - Referente Programa Salud Adolescente – Servicio de Atención a la Salud (SAS) - Intendencia Municipal de Montevideo (IMM).
- Lic. Ps. Valeria Ramos - Consultora en salud sexual y reproductiva y VIH - MSP - Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Participaron en los lineamientos de atención por áreas:

- Dra. Teresa Picón - División Epidemiología. Directora de la Unidad de Inmunizaciones - DIGESA - MSP
- Lic. René del Castillo - Directora del Programa Nacional de Salud Mental - DIGESA - MSP.
- Ed. Susana Faller - Programa Nacional de Salud Mental - DIGESA - MSP.
- Dra. Martha Illa - Directora del Programa Nacional de Nutrición - DIGESA - MSP.
- Dr. Jorge Mota - Director Departamental de Salud de Colonia - DIGESA - MSP
- Dr. Pablo Bianco - Director del Programa Nacional de Salud Bucal - DIGESA -MSP.
- Dra. Amneris Severino - Programa Nacional de Salud Bucal - DIGESA - MSP.
- Lic. Patricia González - Programa Nacional de Salud Bucal - DIGESA - MSP.
- Dr. Homero Demichelli - Director del Programa Nacional de Salud Ocular - DIGESA - MSP.

- Dr. Patricio López - Programa de Nacional de Salud Ocular - DIGESA - MSP.
- Part. Marisa Figuerola - Coordinadora ASSE Programa Infamilia - Área Niñez/ Adolescencia/ Gestante.
- Dra. Martha Penzo - Programa Nacional de Salud Adolescente - DIGESA - MSP.
- Dra. Cristina Grela - Directora del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género - DIGESA - MSP.
- Part. Gilda Vera - Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género - DIGESA - MSP.
- Dr. Fabián Rodríguez - Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género - DIGESA - MSP.
- Dr. Ignacio Mussé - Director del Programa Nacional de Control del Cáncer - DIGESA. MSP.
- Dra. Alejandra Sosa - Programa Nacional de Control del Cáncer - DIGESA-MSP.
- Dra. Dora Masetti - Programa Nacional de Control del Cáncer - DIGESA - MSP.
- Soc. María Luz Osimani - Directora del Programa Prioritario ITS SIDA - DIGESA - MSP.
- Dra. Jahel Vidal - Adjunta del Programa Prioritario ITS SIDA - DIGESA - MSP.
- Dra. Sandra Romano - Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género - DIGESA - MSP.
- Dr. Mauricio Ardu - Director del Programa Nacional de Prevención de Accidentes - DIGESA - MSP.
- Dra. Elizabeth Vázquez - Coordinadora General de la Cámara de Medicina y Psicología del Tránsito - UNASEV.
- Ed. Soc. Andrea Fabbiani - Programa Nacional de Salud Adolescente - DIGESA - MSP.
- Br. Giovana Barale - Becaria Programa Nacional de Salud Adolescente - DIGESA - MSP.

Agradecimientos

Las presentes guías fueron elaboradas por el Programa Nacional de Salud Adolescente de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública con el invaluable aporte de:

- Programas Nacionales de Salud (DIGESA - MSP):
 - Unidad de Inmunizaciones
 - Nutrición
 - Salud Mental
 - Salud Bucal
 - Salud Ocular
 - Salud de la Mujer y Género
 - ITS - SIDA
 - Salud de la Niñez
 - Control del Cáncer
 - Prevención de Accidentes

- Dirección Departamental de Salud de Colonia - DIGESA - MSP
- Programa Salud Adolescente – S.A.S - IMM.
- La Unidad de Reconversión del Modelo de Atención - URMA - RAP - ASSE.
- ASSE - Programa Infamilia
- CES. Comisión de Educación Sexual. CODICEN
- UNASEV Unidad Nacional de Seguridad Vial

El documento definitivo surge del aporte de un importante número de instituciones de larga trayectoria en el campo de la salud adolescente; a ellas, nuestro profundo reconocimiento y agradecimiento.

Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento a las oficinas del UNFPA de los países de América Latina, por el material enviado para la elaboración de estas guías, así como a la oficina del UNFPA en Uruguay por el apoyo recibido en asistencia técnica y para la publicación de las mismas.

Es interés del Programa Nacional de Salud Adolescente permanecer en contacto con estas instituciones y organismos de manera que estas guías sean un instrumento de todas/os y que juntas/os podamos enriquecer.



A todas y todos los que colaboraron con este trabajo: **muchas gracias.**

- Economía de la Salud - DIGESE - MSP
- Red Atención del Primer Nivel (RAP)
- Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)
- Infamilia - Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
- Programa Adolescentes - Servicio de Atención a la Salud - IMM
- Facultad de Medicina - UdelaR
- Facultad de Psicología - UdelaR
- Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación - UdelaR
- Comité de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría
- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva: Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, Casa de Galicia, Círculo Católico de Obreros
- Hospital Policial
- Comisión Nacional Asesora en SSyR (PNSMyG, ASSE, Instituto Nacional de las Mujeres, Congreso Nacional de Intendentes, Secretaría de la Mujer y División Salud (IMM), SMU, Sociedad de Ginecología del Uruguay (SGU), Sociedad de Obstétricas del Uruguay, Facultad de Medicina, Facultad de Psicología (UdelaR), Comisión de Equidad y Género del Parlamento, Bancada Bicameral Femenina y Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado).
- Mesa de Diversidad Sexual (II Plan de Igualdad de Oportunidades y Desarrollo de la IMM)
- Programa de Educación Sexual - CODICEN
- Gurises Unidos
- Iniciativas Sanitarias
- Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF)
- Red Uruguaya de Autonomías (RUDA)
- Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Montevideo (UNICEM)
- Asociación de Seropositivo (ASEPO)
- Junta Nacional de Drogas

Especial agradecimiento a: Dr. Gerónimo Antúnez, Dra. Stella Cerruti, Dra. Susana Falca (abogada), Dra. Diana González Perrett (abogada), Dr. Carlos Güida, Dr. Gerardo Martínez, Dra. Laura Oliver (ORL), A. S. Mariela Solari, Dr. Pedro Sosa, Mtro. Diego Rossi, Sr. Andrés Urioste, Dra. Laura Viola.

Dra. Francisca Cruz (Cuba)
 Dra. Diana Pascualini (Argentina)
 Dr. Cándido Roldán (Argentina)

■ Prólogo de la Dirección General de la Salud. MSP.

Desde un enfoque de Derecho y en el marco de los profundos cambios que se vienen procesando en la realidad de las políticas sanitarias impulsadas por la actual administración, la salud de los adolescentes asume un conjunto de desafíos. Estamos hablando de procesar modelos de intervención basados en la acumulación histórica de experiencias algunas muy intensas, de mayor o menor cobertura, surgidas del territorio y de las instituciones.

La identificación de un conjunto de identidades por parte de los adolescentes en éste período tan vital, cargado de incertidumbres, anhelos y esperanza, implica sumar actividades sinérgicas desde el Programa Nacional de Salud Adolescente a políticas públicas en permanente construcción.

El esfuerzo de integralidad de las actividades realizadas y proyectadas de los Programas Prioritarios del MSP ha sido una novedad, una seña de identidad de las actuales políticas de la autoridad sanitaria. No es fácil revertir décadas de programas verticales actuando en paralelo. Significa cambios culturales, organizacionales, de visión desde las propias direcciones de los programas. Funcionarios técnicos y no técnicos trabajando con los recursos que se dispone, escasos por cierto, con gran compromiso por los cambios y por los adolescentes. El presente material entonces sistematiza una serie de experiencias concretas, plantea marcos regulatorios a seguir profundizando con rigurosa disciplina técnica y compromete a continuar construyendo equipos de trabajo interdisciplinarios e interinstitucionales que trasciendan nombres y categorías, como parte de un compromiso para mejorar el destino de la salud integral de la población.

Vaya un saludo entonces a los constructores, a todos los aquí señalados y a los que no figuran pero también participaron, pacientes aprendices de una materia siempre pendiente de un esfuerzo superior.

Dr. Jorge Basso

INDICE

Presentación	9
I. MARCO CONCEPTUAL	10
A. Adolescencias	10
B. Enfoques transversales	12
1- Enfoque de derechos	12
2 - Enfoque de género	15
3 - Enfoque de diversidad	16
II. ATENCIÓN INTEGRAL	18
A. Criterios para el abordaje integral de los y las adolescentes	20
1 - Orientación y escucha	21
2 - Control de Salud	24
3 - Inmunizaciones	33
4 - Seguimiento	34
B. Organización del espacio adolescente	35
1 - Espacio físico y recursos materiales	35
2 - Recursos humanos y equipo interdisciplinario	36
III. LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN POR ÁREAS	39
Salud mental	39
Nutrición	46
Actividad física	50
Salud bucal	55
Salud ocular	58
Salud auditiva	61
Consumo problemático de sustancias - adicciones	63
Salud sexual y salud reproductiva	68
ITS/VIH ITS/VIH	87
Violencias	94
Accidentes	105
Bibliografía	110
Anexos	120
Gráficas de talla e IMC femenina y masculina. OMS. 2007.....	121
Tabla de Presión Arterial	125
Grados de Desarrollo Puberal	127
SIA, Historia clínica	129
Instructivo de uso del Carné	131
Carné del Adolescente Femenino	134
Carné del Adolescente Masculino	135

Presentación

El objetivo de estas guías es promover la atención integral de la salud de las y los adolescentes de nuestro país. **Están dirigidas a las y los técnicos de todas las disciplinas que trabajan en el primer nivel de atención en salud de todo el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), tanto en los Espacios Adolescentes (servicios diferenciales para esta población), como en los servicios de salud para la población en general a los cuales concurren adolescentes.**

Planteadas como referencia para el trabajo cotidiano con las/los adolescentes, serán utilizadas con la flexibilidad necesaria que permita adaptarlas tanto a las diferentes realidades adolescentes como a los discímiles espacios de atención a la salud.

Tienen como precedente a las **Normas de Atención Integral de la Salud en la Adolescencia**, elaboradas en la anterior administración por el Área Mujer y Niñez de la División Salud de la Población del MSP, en agosto de **2003**.

Las actuales guías se enmarcan dentro de la Reforma del Sector Salud (Ley N° 18.131) y en la creación del SNIS (Ley N° 18.211), que plantean un cambio del modelo de atención en el primer nivel privilegiando la atención integral y jerarquizando la promoción y prevención.

Las guías se componen de tres apartados principales:

- El primero incluye el marco teórico conceptual que la sustenta.
- El segundo, los criterios para una atención en salud integral de adolescentes.
- El tercero plantea los lineamientos para el abordaje de diferentes componentes de la salud.
- Al finalizar, se presenta un anexo con curvas, tablas, gráficas e instrumentos de registro.

Dada la complejidad y diversidad que implica la atención integral de la salud de adolescentes, el presente material constituye el primer tomo de una serie de documentos que se elaborarán en el futuro. Los mismos abordarán lineamientos para el trabajo en otros niveles de atención, el acompañamiento específico de algunos problemas y patologías, las acciones colectivas de promoción y las características específicas de atención a adolescentes que viven en condiciones especiales como el caso de las discapacidades.

I. MARCO CONCEPTUAL

A. Adolescencias

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

En el marco de esta construcción no hay acuerdo sobre la edad de comienzo y finalización. La Organización Mundial de la Salud en 1979, respondiendo a la *“necesidad de definir grupos de edad que permitan identificar los requisitos propios de toda investigación epidemiológica o de la programación de los servicios sociales y de salud”*, la define como el período que transcurre entre los 10 y 19 años y que se divide en adolescencia primera o temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años.²

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

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

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

Estos procesos son indicadores de desarrollo social y por tanto derechos inalienables. Cada ciudadano/a tiene el derecho de contar con las herramientas para desarrollar este potencial al máximo y es deber del Estado esforzarse para garantizarlo.

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

Desde otra óptica, “*la posmodernidad ofrece una vida soft, emociones light, todo debe desplazarse suavemente, sin dolor, sin drama, sobrevolando la realidad. Es lícito entonces preguntarse si dentro de ese marco hay lugar para los duelos*”⁴.

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

En este contexto, el lugar de la familia, de las/os adolescentes en la misma y de los/as referentes adultos/as cuando ésta no está presente, adquiere características particulares que deberán de ser tenidas en cuenta por los equipos de salud.

La familia entendida como construcción sociocultural e histórica, se conforma en diversas modalidades de agrupamiento, convivencia y compromiso. Hoy coexisten familias nucleares, monoparentales, ensambladas, de parejas homosexuales, otras donde el matrimonio no es necesariamente requisito previo, por lo que se hablará de “*familias*”.

Se las visualizará en su rol desde el punto de vista afectivo, vincular y económico. Las familias que puedan cubrir las necesidades humanas fundamentales, promover las capacidades de los/las adolescentes más allá de su configuración, serán protectoras: sin maltrato o violencia, una familia que pueda apostar a la educación, al acceso al arte y a la diversión, en definitiva que habilite al desarrollo de sus miembros.

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

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

2 Condiciones de salud del niño en las Américas. Publicación Nº 381 OPS-OMS 1979

3 Aberasturi, A.; Knobel, M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1999

4 Obiols, G.; Di Segni Obiols, S. Adolescencia, posmodernidad y escuela: la crisis de la enseñanza media. Ed. Noveduc. Buenos Aires 2008

5 *Ibidem*

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

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

B. Enfoques transversales

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

1 - Enfoque de derechos:

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

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

En el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño,(CDA - Ley 16.137 de

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

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

1990)⁸, ratificada en nuestro país en el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA, Ley 17.823 de 2004)⁹, se determinan aquellos derechos específicos en relación con la salud de los y las adolescentes. Según el art. N°9 del CNA, *“todo niño y adolescente tiene derecho intrínseco a la vida, dignidad, libertad, identidad, integridad, imagen, salud, educación, recreación, descanso, cultura, participación, asociación, a los beneficios de la seguridad social y a ser tratado en igualdad de condiciones cualquiera sea su sexo, su religión, etnia o condición social”*. En determinadas situaciones, el Estado y la sociedad estarán obligados a brindar una atención personalizada.

Es deber del Estado garantizar los derechos de las y los adolescentes:

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

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

Según el artículo N° 11 del CNA los y las adolescentes tienen derecho al respeto de su privacidad.

La confidencialidad se refiere al carácter privilegiado y privado de la información aportada en la atención sanitaria.

El cap. II art. 7 de la Ley 18426 *“Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” aprobada en el año 2008, hace referencia a la confidencialidad afirmando que “todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda”*. Este artículo mandata a que se incorpore este concepto al CNA.

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

Según el art. N° 8 del CNA, el/la adolescente deberá ser oído y de él/ ella se obtendrán respuestas cuando se tomen decisiones que afecten su vida. Se debe explicar y pedir permiso

8 <http://www.parlamento.gub.uy/leyes>

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

antes de intervenir sobre sus cuerpos y sus vidas, garantizando un ámbito y momento propicios para la consulta y tratamiento.

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

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

Son características de este proceso¹⁰ :

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

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

La Ley 18.335 de agosto de 2008¹¹ establece los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, que comprende a los y las adolescentes como tales. Entre sus consideraciones establece que tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

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

¹¹ <http://www.parlamento.gub.uy/leyes>

2 - Enfoque de género:

El género, en tanto enfoque y categoría de análisis es fundamental para la comprensión de los procesos y fenómenos sociales y de salud. Las políticas sanitarias y las reformas de la salud, afectan de distinta manera a mujeres y hombres. Son constatables las desigualdades entre unas y otros respecto al acceso a los servicios, a la calidad de la atención, a la participación y a la toma de decisiones.

Transversalizar las prácticas en salud con esta perspectiva se torna ineludible para la promoción de equidad, autonomía y convivencia democrática. La equidad de género en el ámbito de la salud significa *“la ausencia de disparidades remediables e injustas entre las mujeres y los hombres, que se asocian con desventajas sistemáticas de uno u otro sexo en el contexto socioeconómico. (...) La referencia al ámbito de la salud envuelve varias dimensiones: el estado de la salud, la atención de la salud - uno de los múltiples determinantes de la salud-, y los procesos de gestión de la salud.”*¹²

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

Uruguay ha asumido una serie de compromisos a nivel internacional y nacional en este campo. Se destaca la ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y su Protocolo Facultativo; la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Pará); las Conferencias Internacionales sobre Derechos Humanos (Viena, 1993); Población y Desarrollo (Cairo, 1994); Desarrollo Social (Copenhague, 1995); Mujer (Beijing, 1995); contra el racismo y la discriminación racial, xenofobia y las formas conexas de intolerancia (Durban, 2001); la declaración de los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

¹² Organización Panamericana de la Salud. Unidad Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington D.C. OPS/PALTEX, 2004. Pág.2



El país cuenta con una serie de mecanismos e instrumentos que orientan las acciones a desarrollar en materia de género:

- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) como órgano rector de las políticas de género.
- Ley 18.104 de Igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y mujeres en la República (marzo de 2007).
- Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (aprobado por el Poder Ejecutivo en mayo de 2007): entre sus actividades establece la creación de espacios adolescentes desde un enfoque de género y derechos.
- Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género, aprobado por el Poder Ejecutivo.

3 - Enfoque de diversidad:

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

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

En lo que refiere a la salud el enfoque de diversidad implica reconocer y atender especialmente los distintos intereses, demandas, necesidades y procesos de salud-enfermedad específicos de las personas. Las distintas categorías deben ser articuladas con otras como nivel socioeconómico, orientación sexual, identidad, edad.

13 PNUD (D'elia, Y; M Aingon, T); “La equidad en el Desarrollo Humano: estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad” . Documento para la discusión, Informe sobre desarrollo humano en Venezuela, Ed. Torino, Venezuela, 2004. Pág. 36.

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

Especial consideración en el marco de la diversidad merece el enfoque de la diversidad sexual, en la concepción de la existencia de diferentes subjetividades, orientaciones e identidades sexuales. El mismo implica la ruptura de los modelos hegemónicos de sexualidad masculina y femenina.

El enfoque étnico racial se torna también fundamental. Se considera que “mientras raza se refiere a características fenotípicas,...”¹⁵ “etnicidad, son las prácticas culturales y perspectivas que distinguen a una comunidad dada de personas. Los miembros de los grupos étnicos se ven a sí mismos como culturalmente diferentes de otros agrupamientos en una sociedad y son percibidos por los demás de igual manera. Hay diversas características que pueden servir para distinguir unos grupos étnicos de otros, pero las más habituales son la lengua, la historia o la ascendencia, la religión y las formas de vestirse y adornarse”¹⁶.

Uruguay cuenta con un marco jurídico de referencia en esta área:

- Ley 17.817: declara de interés nacional la lucha contra toda forma de discriminación y crea la Comisión Honoraria contra el Racismo, la Xenofobia y toda otra forma de Discriminación.
- El Código Penal uruguayo protege a las personas de la discriminación, condenando con prisión la incitación al odio y la violencia por esta razón.
- Ley de derecho a la identidad de género- cambio de nombre y sexo registral.

Más allá del marco legal, la interrelación, comunicación y diálogo entre diferentes culturas en contacto, pretende garantizar a cada una un espacio de desarrollo autónomo y promover integraciones auténticas en el ejercicio de la ciudadanía.

15 Rudolf S , Maresca I. Incorporación de la variable etnia/raza en las estadísticas vitales en el Uruguay. OPS Montevideo 2005

16 Ibídem

II. ATENCIÓN INTEGRAL

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

Teniendo en cuenta este postulado y como respuesta a la compleja situación en la que hoy viven y se desarrollan los y las adolescentes, se ha decidido adoptar el **Modelo de “Atención Integral de Adolescentes”**¹⁷, entendiéndolo como aquel que:

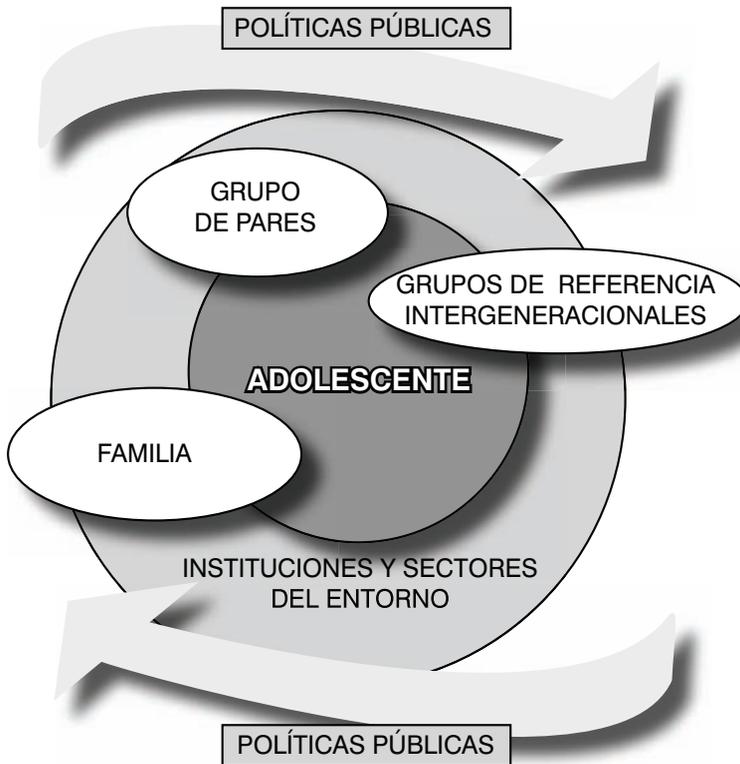
- privilegia la promoción de “estilos de vida saludable”.
- potencia las fortalezas y privilegia la prevención de probables riesgos.
- se centra en el/la adolescente.
- involucra no solo a la familia sino también al soporte social existente.
- cuenta con la activa participación de las y los adolescentes.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

Implica la adecuación de los sistemas de atención, dotándolos de una orientación bio-psico-social, a partir de un cuidadoso diagnóstico de situación y de la identificación de las necesidades y problemas específicos de una determinada comunidad, en este caso, de la comunidad adolescente.

La atención integral implica necesariamente coordinar y trabajar en red. Las necesidades de las y los adolescentes deben ser entendidas en forma integrada, posibilitando, cuando sea necesario, la intervención de los distintos niveles de atención con continuidad. De este modo no se actuará de forma paralela sino en conjunto, evitando la fragmentación, duplicación y pérdida de oportunidad en la atención. Para lo cual es medular fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia. Coordinar y derivar implica dar seguimiento, en ningún caso se trata de desentenderse de la situación del/a adolescente¹⁸.

17 Moreno, E. Política de salud del adolescente. En: Curso de Educación a distancia en Salud Integral de Adolescentes (EDISA). Universidad de Buenos Aires. 1992

18 DIGESA - DIGESE - ASSE. Documento interno de Directrices y lineamientos en prestaciones en salud sexual y reproductiva, Uruguay. 2008



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

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

A. Criterios para el abordaje integral de los y las adolescentes

Se deberá “asegurar una atención de calidad y amigable para los adolescentes”¹⁹, si es posible se implementarán espacios “que ofrezcan una amplia variedad de servicios confidenciales, privados y asequibles, con horarios convenientes para ellos/as, que tengan un personal entrenado para respetar y satisfacer sus necesidades, que permitan la participación y que provean un espacio atractivo y cómodo para los y las jóvenes”²⁰.

El/ la adolescente será atendido siempre.

Puede concurrir:

- **Solo/a:** toda/o adolescente tiene derecho a concurrir solo a la consulta, pero es importante que el profesional de salud pueda indagar si se trata de una opción o si se debe a que no tiene quién lo/a acompañe. En ese caso, si es su voluntad se deberá ayudarlo a pensar en posibles referentes del entorno que puedan acompañarle/a si fuera necesario.
- **Acompañado/a por madre, padre, referente, pareja, otro familiar, docente, vecino/a, amigo/a:** es importante generar un espacio para hablar en privado con el/la adolescente con el fin de que pueda expresar sus sentimientos e inquietudes en forma privada/confidencial y desde en un lugar protagónico respecto a su salud.

Los/as adolescentes llegan al “espacio adolescente” o a los centros de salud con diversas demandas y/o pedidos:

- Orientación y escucha
- Control de Salud
- Seguimiento
- Condiciones especiales y problemas de salud (serán tratados en el Tomo II)

19 Schutt-Aine, J. ; Maddaleno, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas. OPS. 2003

20 Ibídem

1- Orientación y escucha

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

En sí misma es un componente prioritario de la atención integral, por lo cual los equipos y profesionales deberán incluirla en sus actividades.

“Tiene una importancia fundamental porque ayuda a superar el aislamiento, aumenta la autoestima y fortalece el ejercicio de los derechos humanos”²¹.

Este dispositivo implica:

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

21 Estrategias y lineamientos para la acción en VIH SIDA con HSH, Bogotá. ONUSIDA. 1999

y anticipar consecuencias e implicaciones de sus actos, tener acceso a los medios para evitar consecuencias adversas, sostener una posición autónoma referida a las personas, instituciones y grupos de su entorno”²².

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

- Cambios en la adolescencia
- Familias
- Vínculos con familia, pareja, pares, amigos/as, docentes, otros adultos/as e instituciones
- Habilidades para la vida
- Alimentación
- Higiene
- Actividad física, deporte y sedentarismo
- Estudio y/o trabajo
- Sexualidad
- Salud reproductiva

La información debe ser brindada con ²³ :

- **calidad técnica**
- **objetividad**, separándose el profesional de sus creencias morales o religiosas, y guiándose por criterios científicos y de derecho;
- **claridad**, utilizando un lenguaje sencillo, comprensible, preciso y accesible, tomando en cuenta las diversas necesidades de las/os adolescentes;
- **capacidad de escucha y tiempo**²⁴, debe habilitarse a el/la adolescente a realizar todas las consultas que necesite, y disponer de medios para realizar todas las explicaciones necesarias, con el fin de que los mensajes sean comprendidos debidamente;
- **oportunidad**, no debe esperarse a la consulta específica de el/la adolescente para dar información pertinente a una situación, sino que debe promoverse una actitud educativa por parte de las/os profesionales de la salud;
- **confidencialidad**, se trata de un derecho de las y los adolescentes que consultan.

²² Briceño, G. y Pignatiello, A. Orientación individual en Salud Sexual y Reproductiva Adolescente. AVESA. Venezuela. 2002

²³ Documento interno de directrices y lineamientos en prestaciones en salud sexual y reproductiva. DIGESA - DIGESE - ASSE. MSP. Uruguay. 2008

²⁴ Primera entrevista, mínimo 30 a 40 minutos; siguientes, 20 minutos aproximadamente.

• **dosificación y pertinencia**, volúmenes muy grandes de información no siempre son incorporados y aprehendidos por quien los recibe, por lo cual la información debe ser brindada en forma graduada y pertinente.

Los resultados esperados son que el/la adolescente ²⁵ :

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

Es necesario que los equipos de salud se encuentren capacitados y cuenten con herramientas para implementar esta práctica.

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

2- Control de Salud

Es la oportunidad (a veces única) destinada a detectar procesos de adolescencia normal, variantes de la normalidad y / o situaciones problemáticas en los aspectos biopsicosociales.

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

Según la reglamentación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) de fecha 16 de octubre de 2008, las y los adolescentes tienen derecho a controles gratuitos anuales:

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

El Programa Nacional de Salud Adolescente implementará las gestiones necesarias para que se reconozca que a los y las adolescentes tardíos (18 a 19 años) y jóvenes se les reconozcan iguales derechos.

Son sus **objetivos**²⁶ (sin orden de jerarquía):

- Identificar “fortalezas” y factores protectores.
- Estimular al adolescente para que se haga responsable de su propia salud.
- Identificar problemas de salud evidentes o potenciales en el adolescente sano.
- Evaluar el crecimiento y desarrollo.
- Potenciar la relación equipo de salud – adolescente – familia/ referente adulto.
- Asegurar una adecuada inmunización.
- Detectar precozmente los factores de riesgo físicos, psicológicos y sociales para adoptar medidas educacionales o guías anticipatorias o preventivas para el/la adolescente y su familia.
- Prevenir hábitos y conductas de riesgo relacionadas con enfermedades prevalentes que generan morbimortalidad en esta etapa y en la adultez.

²⁶ Sociedad Española de Medicina del Adolescente. www.adolescenciasema.org (revisado 23/09/09. Adaptado por PNSA-MSP.

Factores a tener en cuenta en la entrevista con adolescentes:

La primera entrevista tendrá una duración mínima de 30 a 40 minutos.

De ser posible, ésta será llevada a cabo por un/a técnico/a del área médica y otro/a del área psicosocial.

Las siguientes entrevistas, durarán aproximadamente 20 minutos teniendo siempre en cuenta que una entrevista apresurada podrá generar diferentes interpretaciones como rechazo, indiferencia, temor y se convertirá irremediamente en una “oportunidad perdida”.

El/la profesional de la salud, deberá presentarse y explicar su función y la del equipo del que forma parte; luego...OBSERVAR y ESCUCHAR.

Objetivos de la entrevista:

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

Frente a una situación problemática en cualquier aspecto

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

Condiciones para un encuentro amigable:

- Se informará a el/la adolescente y eventualmente a su familia y/ o referente las características generales de esta etapa, de la anamnesis y del examen físico.
- Se acordará con el/la adolescente y su familia o referente adulto (de estar presentes) si en el momento del examen clínico, los adultos permanecerán o no en el consultorio.

- Siempre se respetará el sentimiento de pudor, el deseo de el/la adolescente o su resistencia al examen físico, que puede posponerse total o parcialmente.
- Se tendrán presentes los principios de promoción de estilos de vida saludable y prevención primaria.
- En caso de ser necesario informar a la familia o al referente adulto acerca del estado de salud-enfermedad de el/la adolescente (por estar en juego la integridad psicofísica y/ o la vida del adolescente o de terceros) se acordará con el /la adolescente la forma y el momento de realizarlo.
- Al realizar prescripciones, indicaciones y recomendaciones, se recomienda entregarlas por escrito a el/la adolescente.
- Es importante corroborar que se haya comprendido lo planteado.

Con lenguaje sencillo y respeto se conocerán:

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

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

Sólo como forma de facilitar la anamnesis, se recuerda entre los acrónimos o reglas mnemotécnicas, el propuesto por García Tornel²⁷ : **F.A.C.T.O.R.E.S.**:

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

O el acrónimo inglés: **HEADS/S**²⁸ **F/FIRST**²⁹ :

H	OGAR: estructura y funcionamiento familiar; espacio, privacidad, frecuentes traslados, vecindario.
E	DUCACIÓN /ESCUELA: frecuentes cambios de escuela, repetición de curso, informe de los docentes, actividades educativas después de horario, (idiomas, música etc.) problemas del rendimiento escolar, trastornos del aprendizaje, conducta y relaciones con sus pares.
A	BUSO: malos tratos físicos, sexuales, emocionales, verbales, discriminación racial.
D	ROGAS: tabaco, alcohol, marihuana, PBC, sustancias volátiles, drogas de diseño, fiestas rave, otras. Droga preferida, edad de inicio del consumo, frecuencia, modo de consumo, rituales, solo o en compañía, métodos para dejarlo y número de intentos. DIETA: hábitos alimentarios.
S	EGURIDAD: Cinturones de seguridad, cascos, medidas deportivas de seguridad, actividades peligrosas, conducción bajo efecto de las drogas.
S	EXUALIDAD: SSyR, DDSSRR, dimensión reproductiva, dimensión erótico placentera.

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

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

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

F	AMILIA: Núcleo familiar, genograma, trabajo de los padres y horarios, antecedentes de adicción en familiares de 1º y 2º grado, actitud de los padres frente al alcohol y drogas, reglas; padres con enfermedades crónicas o trastorno mental.
F	(AMIGOS (FRIENDS): grupo de amigos/as y perfil de los mismos: “cancheros”, “deportistas”, genios de la informática, animadores, banda o afiliación.
I	MAGEN: Percepción de la altura y el peso, musculatura corporal, y aspecto físico (incluida la vestimenta, los complementos, tatuajes, piercings, como tendencia de la moda u otra afirmación personal).
R	ECREO: Dormir, ejercicio, deportes organizados o libres, uso del tiempo libre (TV, videojuegos, juegos de ordenador, Internet y chats, actividades religiosas o de otros grupos de jóvenes organizados (scout) ¿cuántas horas al día y días de la semana dedica a ello?
S	ESPIRITUALIDAD (SPIRITUALITY): adhesión, rituales, prácticas de ocultismo, servicio comunitario o participación en actividades comunitarias, opciones religiosas.
T	AMENAZAS Y VIOLENCIA (THREATS): Autolesiones o lesiones a los demás, actitud huidiza, crueldad con los animales, armas, peleas, detenciones, robos, incendios, peleas en el liceo.

Examen físico

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

EXAMEN FÍSICO	OBSERVACIÓN	IMPORTANCIA
Inspección General	<ul style="list-style-type: none"> • Aspecto general: <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>vestimenta, higiene, estética tatuajes, piercings, peinados.</i> ▶ <i>crecimiento y estado de nutrición.</i> ▶ <i>actitud durante la exploración.</i> 	<p>Habla de el/la adolescente y habla por él/ella.</p> <p>Permite visualizar el equilibrio salud-enfermedad.</p>

<p>Piel (Sistema comunicacional), faneras, mucosas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acné, hirsutismo, zonas de punción, hematomas, heridas. 	<p>Da idea del autocuidado, autoestima, violencia.</p> <p>Acné: frecuente; afecta imagen y desarrollo de autoestima y personalidad. Hacer evaluación hormonal si se acompaña de trastorno del ciclo menstrual e hirsutismo.</p> <p>Buscar signos de anemia, manchas.</p>
<p>Cabeza-cuello</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar dismorfias. • Glándulas tiroideas. • Glándulas salivares. 	<p>Frecuente bocio y otras enfermedades tiroideas.</p>
<p>Adenopatías</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cervicales. • Supraclaviculares. • Axilares. • Inguinales. • Epitrocleares. 	<p>Los tumores son la primera causa médica de mortalidad a esta edad. De éstos el 50% son del tejido linfoide y órganos hematopoyéticos (Hodgkin el más frecuente).</p>
<p>Tórax</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inspección y palpación • Valoración respiratoria • Valoración cardiocirculatoria 	<p>Costocondritis: causa más frecuente de dolor recurrente en adolescencia.</p> <p>El asma del adolescente tiene mayor gravedad; la ausencia de crisis no descarta la presencia de broncoespasmo.</p> <p>La presión arterial debe ser siempre valorada.</p> <p>Descartar arritmias y otros trastornos cardiovasculares.</p>
<p>Mamas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres: Tanner (Anexo); simetría mamaria, palpación cuidadosa • Varones: ginecomastia (mayor de 2 cms. de tejido subareolar) 	<p>Dar pautas de autoexamen como una forma de autoconocimiento, no es una maniobra diagnóstica.</p> <p>Es frecuente. Causa angustia y problemas cuando no se acompaña cuidadosamente. Examinar testículo para descartar un hipogonadismo o un tumor testicular: primera causa de muerte entre los 15 a los 34 años.</p>

Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen doloroso en adolescente mujer sexualmente activa • Dolor abdominal recurrente 	<p>Descartar enfermedad inflamatoria pélvica.</p> <p>Sospechar organicidad (úlcera péptica, gastritis crónica, enfermedad de Crohn).</p>
Genitales	<ul style="list-style-type: none"> • Femeninos: Tanner (Anexo); Inspección • Masculinos: Tanner. Inspección y palpación 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es importante sugerir en la consulta clínica, la necesidad del control ginecológico: <ul style="list-style-type: none"> • <i>en presencia de síntoma y/ o signo;</i> • <i>iniciadas las relaciones sexuales;</i> • <i>a los 3 o 4 años de edad ginecológica, (período transcurrido desde la menarca hasta el momento de la consulta)</i> ▶ Instruir a la adolescente en autoexamen de sus genitales. ▶ En presencia de antecedentes personales (criptorquidia y /o orquidopexia), sensación de peso a nivel testicular, aumento de tamaño y consistencia, dolor testicular difuso, síndrome escrotal agudo, infertilidad o ginecomastia, pensar en la probabilidad de un tumor testicular. Descartar fimosis, prepucio redundante, varicocele más frecuente a izq., hernias. ▶ Instruir al adolescente en autoexamen de sus genitales. ▶ Ponerlo en conocimiento de la necesidad de consultar con el urólogo, sobre todo si ha sufrido intervenciones quirúrgicas de sus genitales en la infancia y ante cualquier evento que le preocupe.

<p>Aparato locomotor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ver simetría global del cuerpo desde una visión pósterior anterior y lateral • Inspección de zona lumbosacra; pelvis y extremidades; exploración de la marcha 	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar cifosis- escoliosis, hiperlordosis y otras patologías ya que en período de crecimiento rápido pueden sufrir descompensación.
<p>Sistema Nervioso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar reflejos superficiales y profundos, pares craneanos, coordinación estática y dinámica, de ser necesario se realizará fondo de ojo 	<p>Si bien la patología neurológica más frecuente son las cefaleas (vasculares y psicósomáticas), tener presente que los tumores intracraneales son los tumores sólidos más frecuentes y la segunda causa de cáncer (astrocitoma supratentorial, el más frecuente: sintomatología neurológica tardía, inicialmente da cambios en la conducta y disminución rendimiento escolar).</p>
<p>Salud Bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constatar el control semestral odontológico • Indagar síntomas y signos de enfermedades bucales: dolor, sangrado de encías y alteraciones de las funciones bucales 	<p>Indicar el control semestral con odontólogo.</p> <p>Derivar a la consulta inmediata frente a los mismos.</p> <p>Ver capítulo de salud bucal.</p>
<p>Sensorial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visión. Uso Tabla de Snellen • Audición 	<p>Indicar el control con oftalmólogo a los 12 años.</p> <p>Si es necesario se solicitará la valoración por otorrinolaringólogo.</p>
<p>Somatometría y medidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peso, talla, talla/edad y percentil correspondiente. IMC y percentil correspondiente • Segmentos corporales, velocidad de crecimiento y otros 	<p>Diagnóstico de estado nutricional: antropometría ajustada a concordancia edad cronológica/biológica (tabla Cap. Nutrición) y encuesta de alimentación</p> <p>Útiles para descartar otras patologías (Sínd. Marfan).</p>

Concluida la entrevista (anamnesis y examen físico, total o parcial):

Se registrarán los datos en la historia clínica del Sistema Informático del Adolescente **SIA** (CLAP/SMR – OPS/ OMS), estableciendo la “impresión diagnóstica integral” de cada técnico que colabore en el “diagnóstico integral común del equipo”

El día 22 de junio de 2009 se declara “Válido en todo el territorio nacional el carné del/ la adolescente y su uso obligatorio para los controles en salud entre los 12 y 19 años”. (www.msp.gub.uy)

Se entregará el **Carné de Salud** que es propiedad de el /la adolescente y tiende a promover:

- el ejercicio del derecho a la atención de salud.
- pautas de autocuidado y cuidado mutuo.
- el conocimiento del estado de salud de las y los adolescentes en forma longitudinal.
- la comunicación entre el/la adolescente y los técnicos que lo/la atienden en los servicios de salud u otras instituciones, evitando la replicación de gestiones y acciones.

Este carné es:

Universal	Es de uso en todo el territorio nacional.
Gratuito	Su gestión y obtención será gratuita.
Confidencial	Toda la información contenida en este carné es confidencial, siendo de uso exclusivo de el/la adolescente.
Certifica aptitud física	Único instrumento válido de Certificación de la aptitud física por las instituciones educativas, servicios de salud, clubes deportivos, y organizaciones que trabajen o atiendan adolescentes.
Aporta información	Corresponde informar a el/la adolescente que la información de la tapa y contratapa de este carné es la única información que se le puede exigir para realizar trámites comunes. Para trabajar o practicar deportes federados deberá completarse acorde a la normativa vigente.

Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Orina completa, hemograma, glicemia, insulinemia, creatininemia, uricemia, perfil lipídico. 	En presencia de antecedentes familiares de patología cardiovascular en menores de 45 años, diabetes, sobrepeso u obesidad.
	<ul style="list-style-type: none"> • VDRL , VIH y/o determinación de otras ITS 	Habiendo iniciado relaciones sexuales y siempre que lo sugiera la clínica con consentimiento informado.
	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil tiroideo y otros 	Según situación clínica

3 - Inmunizaciones

Las inmunizaciones, uno de los pilares en prevención, continúan siendo un tema de actualidad por varios motivos; entre ellos el resurgimiento de algunas enfermedades que pueden ser prevenidas mediante el uso de vacunas y la investigación y comercialización de nuevas vacunas.

Recomendaciones saludables para adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Continuar y/o completar las vacunaciones en la adolescencia. • Mantener el tema presente con la finalidad de educar a las y los adolescentes con respecto a las vigentes y nuevas vacunas. • Solicitarles que se mantengan informados al respecto.

El “Certificado Esquema de Vacunación” CEV, establece las vacunas obligatorias y gratuitas que se deben recibir a esta edad:

Vacunas	12 años	c/ 10 años
Doble bacteriana	SÍ	SÍ
Hepatitis B	SÍ	

En caso de no haber recibido 3 dosis de la vacuna hepatitis B, debe completarse la serie, sin importar la edad y el tiempo transcurrido desde la última dosis.

Debe presentarse CEV vigente para la obtención del Carné de el y de la Adolescente.

4 - Seguimiento

Es el espacio que el profesional o equipo de salud brinda a el/la adolescente para acompañarlo/a durante esta etapa en lo referido a su salud. Según consideración de el/la adolescente, se podrá involucrar a la familia o al referente adulto/a.

El seguimiento es responsabilidad de todo el equipo de salud y asegura el acercamiento entre el/la adolescente y el servicio.

**Se debe realizar como mínimo
UN CONTROL DE SALUD UNA VEZ POR AÑO**

Objetivos:

- Hacer sostenible un vínculo de confianza que habilite el diálogo.
- Implementar acciones de promoción y/o prevención.
- Realizar diagnóstico oportuno, establecer tratamientos y trabajar en la adherencia a los mismos.
- Establecer interconsultas necesarias.
- Captar a el/la adolescente que no concurre.
- Trabajar la derivación hacia espacios de atención en salud de adultos cuando sea oportuno.

Hay situaciones que requieren profundizar el seguimiento y aumentar su frecuencia:

- Problemas de crecimiento y desarrollo: ej inicio puberal, talla baja, sobrepeso.
- Patología crónica.
- Dificultades de aprendizaje.
- Trastornos de conducta, alimentarios, del sueño.
- Problemas emocionales: depresión, intento de autoeliminación, sindr. de estrés pos traumático, accidentes.
- Disfunciones familiares.
- Consumos problemáticos y adicciones.
- Psicopatologías.
- Problemas y dificultades que se presentan en la sexualidad.
- Adolescente embarazada.
- Adolescentes padres y madres.

- **A tener en cuenta:**
- Las acciones de salud no empiezan y terminan en una sola consulta.
- No solo es necesario el tiempo en cada consulta, sino también el acompañamiento en el tiempo.
- Considerar estos aspectos es lo que hace que el abordaje sea de calidad.
- Límites del seguimiento: no todos los problemas se solucionan con el seguimiento.
- Existen realidades muy complejas que requieren un abordaje que excede al sector salud y es necesario entonces, el abordaje interinstitucional (ej. adolescente en situación de calle).

B. Organización del espacio adolescente

A continuación se presentan una serie de requisitos “ideales” a la hora de crear o recrear un espacio adolescente.

1 - Espacio físico y recursos materiales

Las instituciones que brindan atención a la salud adolescente, propenderán a la *“creación y/o adecuación de espacios sustentables, apropiados y accesibles que cumplan con los estándares para servicios de calidad de la Organización Mundial de la Salud”*³⁰.

Son características de estos espacios:

- Accesibilidad geográfica, cultural, administrativa, buscando que sean atractivos. Se identificarán lugares como canchas, clubes, bibliotecas, espacios deportivos, cercanos a los espacios adolescentes, que puedan ser reconocidos como lugares de pertenencia para esta población.
- Adecuación cultural a la comunidad de referencia.
- Sala de espera con mobiliario adecuado (mesas, sillas, cartelería, folletería) para actividades de promoción y otras.
- Sanitarios accesibles y limpios para los y las adolescentes y para el equipo.

30 - Programa Nacional de Salud Adolescente. DIGESA. MSP.2007



Se procurará contar con:	
Para la promoción/ educación para la salud	DVD, CD, TV, máquina de fotos, cartelería, folletería; artículos de librería y papelería y otros para apoyo de actividades lúdicas y/o educativas.
Para la prevención y la detección precoz:	Accesibilidad a vacunas y a kits para investigación de embarazo, exudado vaginal, gonococo, VDRL y VIH. Preservativos, anticonceptivos incluyendo los de emergencia, folletería y cartelería específica.
Para la asistencia y tratamiento oportuno:	Esfingomanómetro, estetoscopio, termómetro, balanza y tallímetro, linterna, recetas, gráficos de talla / edad y curvas percentilares de IMC (OMS 2007); tablas percentilares de PA en relación a la talla; historias clínicas del SIA (CLAP/SMR – OPS/OMS); carnés de el y la adolescente - MSP, medicamentos. Todos los insumos necesarios para una atención de calidad en áreas específicas: ginecología, odontología y otras.
Para facilitar la gestión:	Computadora con impresora.

2 - Recursos humanos y equipo interdisciplinario

Deberá implementarse la atención integral priorizando el enfoque de trabajo interdisciplinario y las necesidades de la población adolescente a asistir.

Trabajo en equipo interdisciplinario:

- Es condición fundamental que las y los adultos antes de pretender trabajar con adolescentes, hayan revisado sus impresiones, juicios de valor y actitudes frente a sus propias conductas y las conductas y comportamientos de los/as adolescentes.
- Cada miembro del equipo deberá tener claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del colectivo y todos los/as integrantes compartirán la responsabilidad de los resultados. No es la mera yuxtaposición de tareas de los distintos miembros del equipo sino la coordinación y construcción del trabajo lo que lo hará viable.

- Una dinámica correcta de constitución de un equipo implica la existencia de un período previo antes del inicio del desarrollo de las actividades, en lo posible en un horario y lugar específico. Se deben analizar los objetivos, la organización y la metodología de trabajo así como la división funcional de las responsabilidades y tareas. También implica el ejercicio de evaluación permanente que es la manera de validarse como equipo y asegurarse la continuidad del trabajo (planificación estratégica)³¹.
- El producto del trabajo en equipo interdisciplinario hace a la calidad de vida de quienes lo constituyen y al mismo tiempo a la calidad de la atención de la población adolescente.
- El trabajo en equipos de salud interdisciplinarios se encuentra en estrecha relación con la construcción de una perspectiva nueva de la salud que cuestiona la omnipotencia profesional y las hegemonías disciplinarias y profesionales.
- El equipo interdisciplinario básico, estará integrado por un técnico del área médica y uno/a del área psicosocial. Se incluirán: licenciadas/os y auxiliares en enfermería, odontólogo/a, higienistas dentales, nutricionista, endocrinólogo/a, obstetras parteras, educador/a, técnicos/as en registros médicos e informática, recepcionista.
- En el perfil de los miembros de estos equipos, se describen como características: el deseo de trabajar con este grupo etario; el reconocimiento personal de su empatía y disponibilidad con el “ser adolescente”; ayudar a construir los proyectos adolescentes haciendo sentir su compromiso en dicha construcción; tener experiencia de trabajo con adolescentes en el primer nivel de atención, en su defecto, estar comprometido/a a adquirir formación; mostrar interés por conocer la comunidad donde desarrollará la labor el equipo.
- Desde el punto de vista técnico los profesionales conocerán áreas como:
 - Crecimiento y desarrollo humano desde el punto de vista biopsicosocial.
 - Familias y grupos de convivencia.
 - Derechos humanos.
 - Género, diversidad.
 - Endocrinología de la pubertad y la adolescencia: estadios de Tanner.

31 Testa, M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. Serie Paltex. Ed. Lugar. OPS. 1995

Nutrición y trastornos alimentarios.

Actividad física.

Inmunización.

Salud bucal.

Salud ocular.

Salud auditiva.

Salud sexual.

Salud reproductiva.

Violencia.

Consumo.

Referencia y contrarreferencia.

III. LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN

Salud mental

El concepto de atención integral a la salud es indisociable del de salud mental y lo incluye. *Se define salud como un estado de bienestar físico, mental y social, no solo como ausencia de enfermedad*³². La salud mental implica la capacidad de las personas de adaptarse críticamente a su medio, manejando adecuadamente los factores estresantes. Se destaca también la habilidad de participar activamente en la sociedad, la capacidad para disfrutar y actuar solidariamente.

Más que presentar una definición acabada de salud mental, es importante hacer énfasis en el enfoque que debe tener una estrategia de atención que incorpora la salud mental en el primer nivel de atención.

La atención de la salud mental de adolescentes presenta importantes desafíos para los equipos de salud:

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

32 OMS http://www.who.int/topics/mental_health/es/

- Asumir la dificultad de definir con certeza cuándo una situación planteada es francamente patológica o está dentro de los parámetros esperados para el momento y las circunstancias, ya que iguales signos y síntomas pueden estar presentes en una u otra situación.
- Considerar al cuerpo humano como soporte de tensiones e infelicidades, cuya expresión no siempre encuentra cómo canalizarse. Es frecuente que las y los adolescentes, no tengan con quién hablar o quién los/las escuche. Por tal motivo se debe tener siempre presente el impacto en el cuerpo y la raducción en lo somático del proceso adolescente, con sus angustias, deseos y necesidades. Más que nunca en esta etapa de la vida lo mental y lo físico están interrelacionados.

Es necesario promover la salud mental desde un enfoque integral, identificando aquellos problemas que requieran abordajes específicos y deban ser derivados a otros espacios de tratamiento.

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

- Estimular la participación en **actividades grupales**: deportivas, sociales, religiosas, políticas, comunitarias, de solidaridad, de salud, ofreciendo los sitios concretos a los cuales se puede recurrir en el barrio.
- Estimular el conocimiento de **sus derechos** y la promoción de ciudadanía
- Conversar sobre sus preferencias en cuanto a **la vocación** (de acuerdo a la edad).
- Orientar a los/las adolescentes que tienen alguna inclinación o **talento** particular, hacia las organizaciones o instituciones que podrían ofrecer un espacio adecuado.
- Informar sobre las consecuencias de las **conductas de riesgo** más frecuentes, sin asustar y buscando que el/la propio/a adolescente sea capaz de su control.
- Cuando los problemas se relacionan con el **estudio, la familia, grupos** de pares, el barrio, novio o novia, ofrecer la ayuda necesaria para comunicarse con quien/es se crea necesario con el fin de mejorar la situación (profesores, familia, amigos, otros). Los adolescentes también precisan ser criados, acompañados y contenidos.

Se destaca que:

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

Una primera aproximación a la salud mental la realizará el profesional que asiste habitualmente adolescentes en los servicios de salud del primer nivel de atención (pediatra, generalista, médico general familiar y comunitario) y/o el equipo interdisciplinario que se desempeña en un área específica.

- En el primer nivel de atención se deberán priorizar las estrategias de prevención y promoción, así como el diagnóstico situacional: individual, de experiencias personales y de familia o referentes, de pareja, amistades, estudio y/o trabajo y/o comunitario. A partir del mismo se elaborarán las estrategias adecuadas de acompañamiento y se planificarán las intervenciones necesarias.
- Es difícil elaborar un diagnóstico definitivo dadas las características propias de esta etapa: movimiento, crisis, transformación de los vínculos con la familia, el entorno y consigo mismo/a.
- Desde la promoción de salud es necesario acompañar la resignificación de sus experiencias para visualizarlas como posibilidades de crecer y vivir.

Autonomía, identidad y sexualidad

Al decir de Brusset³³ los ejes principales por los que gira este movimiento se podrían sintetizar en: autonomía, identidad y sexualidad y deberán ser tenidos en cuenta en el abordaje de la salud mental.

Autonomía se refiere al poder que el/la adolescente adquiere paulatinamente de desprenderse de los padres, en principio como decisores de lo que está bien o lo que está mal. El control pasa a estar en sus propias manos.

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

Identidad tiene que ver con la adquisición casi de una nueva piel: pautas de vestir, hablar, relacionarse, elección de ídolos y liderazgos. Es una búsqueda en la que interviene en gran medida el grupo de pares. La integración a un grupo en el que el o la adolescente se sienta querido/a o aceptado es casi un indicador de salud. El problema se plantea cuando el grupo de pares en lugar de desplegar vínculos saludables está expuesto o involucrado en actividades de alto riesgo.

Sexualidad hace referencia a los procesos afectivos, intrapsíquicos y conductuales que llevan a los y las adolescentes a la construcción de una sexualidad propia diferente a la infantil. Capaz de concretarse en una experiencia nueva que puede incluso implicar la procreación. Se procesan cambios fundamentales que implican los vínculos y las representaciones de sí mismo y de los padres.

Son notorios también los cambios en el desarrollo cognitivo y en el desarrollo moral, es decir cambia la consideración sobre lo que “está bien y lo que está mal”.

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

Ante la demanda de el/la adolescente o si se perciben alteraciones, dificultades o existen dudas diagnósticas, deberá consultarse con equipo específico de salud mental.

Se sugieren las siguientes preguntas en el control de salud

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

Los problemas de salud mental de los adolescentes podrían tener tres orígenes:

- la continuación de una situación ya detectada en la niñez y que en esta etapa se agrava (ej. dificultades de aprendizaje).
- síntomas exacerbados de lo que se considera propio de esta etapa de la vida (ej. angustia).
- conductas sintomáticas que no corresponden a ninguna etapa de desarrollo (ej. alucinaciones)

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

- Aislamiento, retraimiento.
- Bajo rendimiento académico
- Trastornos alimentarios.
- Trastornos del sueño.
- Desajustes conductuales.
- Conductas impulsivas.
- Angustia, tristeza, depresión.
- Separaciones, pérdidas, duelos.
- Conductas maníacas: euforia excesiva y/o constante, verborragia, hiperactividad.
- Conductas extravagantes.
- Situaciones y episodios de violencia: víctimas, victimarios y/o testigos.
- Situación de exclusión social.
- Discriminación.
- Consumo problemático: sustancias (alcohol, tabaco, otras drogas) y/o situaciones (cyber, video juegos, uso de celulares, uso de computadoras, otras tecnologías).
- Accidentes con consecuencias de moderada a severa intensidad.
- Autoagresiones, intento de autoeliminación, exposición a riesgos.
- Dificultades en los estudios y/o trabajo.
- Cualquier situación, conducta, sentimiento o emociones que generen sufrimiento y malestar constante: miedos, embarazo o maternidad reciente, sensación de haber nacido en un cuerpo equivocado (adolescentes transexuales), maltrato, abuso sexual, intersexualidad, disfunciones familiares.

Se deberá derivar al equipo de salud mental ante la presencia de las siguientes situaciones:

- Permanencia de los signos y / o síntomas descritos anteriormente.
- Duda de diagnóstico de patología psiquiátrica.
- Abandono o incumplimiento de tratamiento acordado.
- Crisis vitales graves sostenidas: duelos y pérdidas.
- Hechos traumáticos: accidentes graves, violaciones, catástrofes.
- Identificación de una situación de riesgo para sí, para terceros y/o para sus bienes.
- Ante la solicitud del adolescente.
- Ante la solicitud de la familia y / o referente con el acuerdo del adolescente.
- Adolescentes con enfermedades crónicas.
- Adolescentes con diagnóstico de enfermedades graves.
- Adolescentes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.
- Adolescentes que evidencian sensación de haber nacido en el cuerpo equivocado
- Adolescentes intersexuales.

Suicidio

Resulta fundamental realizar mención al suicidio, problema de salud pública.

Es la primera causa de muerte en el grupo etario de 15 a 19 años de edad en nuestro país en el momento actual, a la que siguen accidentes y homicidios. Este dato presenta importantes diferencias entre las y los adolescentes. Las adolescentes realizan más frecuentemente intentos de autoeliminación (IAE); los varones, vistas las dificultades de manifestar sus sentimientos por imperativo cultural, evidencian una mayor tendencia a concretar el suicidio.

El enfoque de género, brinda por lo tanto, luces para acercarnos a la comprensión de esta problemática y a desarrollar estrategias desde el sector salud.

Signos de Alerta

- Desinterés por el bienestar personal
- Bajo rendimiento académico
- Alteración de los patrones del sueño
- Alteración de los patrones sociales de protección (SOLEDAAD)
- Alteración de los patrones alimentarios
- Preocupación manifiesta por el tema de violencia
- Mejoría o peoría repentina del estado del ánimo
- Desesperanza
- Discriminación
- Situación de exclusión social
- Aislamiento
- Trastornos psiquiátricos
- Baja tolerancia a la frustración

Toda conducta suicida debe ser evaluada por un médico/médica psiquiatra y todo/a adolescente que haya tenido un IAE, deberá ingresar en un sistema de especial continentación, ya sea en internación domiciliaria o si es necesario, hospitalización.

Se deberá elaborar una estrategia conjunta con el/la adolescente acerca de la identificación de un referente adulto de su familia o entorno que lo acompañe en este proceso.

Nutrición

Las necesidades nutricionales en esta etapa aumentan debido al incremento en la velocidad de crecimiento, que llega a ser la máxima de toda la vida. Este aumento de las necesidades nutricionales se relaciona más con la etapa de desarrollo que con la edad cronológica.

Estas demandas nutricionales se contraponen con los cambios de conducta alimentaria. Factores culturales, necesidad de socialización y deseos de autonomía pueden derivar en desórdenes de los hábitos y/o de la calidad de lo ingerido.

Orientación en hábitos saludables de alimentación:

- La salud se consigue diariamente desarrollando estilos de vida saludable.
- La buena alimentación, el mantenimiento del peso adecuado y la actividad física regular son componentes fundamentales de esos estilos.
- Mantener la salud realizando una alimentación variada que incluya alimentos de los seis grupos.
- Comer con moderación según las porciones indicadas en cada grupo de alimentos para mantener un peso saludable.
- Comenzar con un desayuno que incluya leche, pan y fruta, para rendir más durante el día.
- Los lácteos son necesarios en todas las edades. Procurar consumir por lo menos medio litro de leche por día
- Consumir diariamente en todas sus comidas verduras y frutas de estación.
- Disminuir el consumo de bebidas azucaradas, azúcar, dulces, golosinas, o productos de repostería.
- Controlar el consumo de carnes, fiambres, embutidos, manteca, margarina, crema de leche, mayonesa y frituras por su alto contenido en grasas.
- Disminuir el consumo de sal y de los alimentos con alto contenido de ella.
- Elaborar con el/la adolescente y en lo posible, con su referente adulto, un menú acorde al presupuesto familiar.
- Para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos, cuidar la higiene de los alimentos desde la compra hasta el consumo

Refiriéndose al tema de la nutrición en general, es necesario conocer el vínculo que las y los adolescentes contraen y sostienen con la misma. Es necesario implementar una encuesta alimentaria, lo más amplia posible, que estudie acceso a los alimentos y hábitos saludables.

En atención a adolescentes, la evaluación del estado nutricional se realiza por AN-TROPOMETRÍA, a través de la medición del peso y la talla, los cuales se relacionan con la edad y entre sí y se comparan con los estándares de referencia.

En adolescentes resulta fundamental el registro de las mediciones antropométricas en las curvas de referencia, lo que permite una visión de la historia nutricional de los mismos a través del tiempo. Las mediciones antropométricas únicas representan sólo una instantánea y pueden inducir a errores en el diagnóstico; las mediciones seriadas son una de las mejores guías sobre el estado nutricional de todos los grupos de población. Deben ser efectuadas por personal entrenado, usando instrumentos adecuados y técnicas rigurosamente definidas.

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

- La evaluación nutricional en la atención primaria de la salud en esta edad, se hará utilizando el Índice de Masa Corporal de Quetelet con relación a edad cronológica (IMC/Edad) y la talla con relación a edad. El Índice de Masa Corporal es la razón entre el peso (expresado en kg) y el cuadrado de la estatura (expresada en metros): **IMC = peso/talla²**. El IMC calculado se interpreta comparándolo con las curvas y/o tablas de referencia de la OMS 2007 (Anexo).
- Con el fin de facilitar y ajustar la evaluación del estado nutricional vista su enorme importancia en esta población, se siguen algunos de los criterios señalados en la “Norma para la evaluación nutricional de los 6 a los 18 años”³⁴ de la Unidad de Nutrición, Ministerio de Salud de Chile.

34 “Norma para la evaluación nutricional de los 6 a los 18 años”.Unidad de Nutrición Ministerio de Salud de Chile.2002

1. Se deberá evaluar primero la edad biológica y comparar con la edad cronológica, entre las edades de 8 a 14 años en el sexo femenino y en los varones de los 10 a 15 años. En las edades fuera de este rango no es necesario evaluar edad biológica.

2. Para el cálculo de la edad biológica, se considerarán los índices de Tanner de desarrollo mamario para las adolescentes y de desarrollo genital para los varones (ver tabla página siguiente).

mujeres		varones	
<i>Ind. Tanner</i>	<i>Edad Biológica</i>	<i>Ind. Tanner</i>	<i>Edad Biológica</i>
Mama 1	Menos 10 años y 8m	Genitales 1	Menor de 12 años
Mama 2	10 años y 6 meses	Genitales 2	12 años
Mama 3	11 años	Genitales 3	12 años y 6 meses
Mama 4	12 años	Genitales 4	13 años y 6 meses
Menarquia	12 ^a años y 8 meses	Genitales 5	14 años y 6 meses
Post menarquia	12 años 8m + EG		

3. Cuando ambas edades coincidan (diferencia menor de 1 año) se evaluará el IMC según edad cronológica, usando los criterios ya definidos.

4. Cuando exista un defasaje de más de 1 año entre la edad cronológica y la edad biológica (maduradores tempranos o tardíos), el IMC se evaluará según su edad biológica estimada por los estadios de Tanner. Esta corrección es necesaria por cuanto entre una y otra etapa de Tanner se produce un aumento del IMC que corresponde a 0.5 unidades para los varones y 1 unidad para las mujeres.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	
Desnutrición	IMC/ edad por debajo del percentil 3
Delgadez	IMC/ edad entre los percentiles 3 y 15
Normal	IMC/ edad entre los percentiles 15 y 85
Riesgo de sobrepeso (sobrepeso)	IMC/ edad entre los percentiles 85 a 96
Sobrepeso (obesidad)	IMC/ edad mayor a percentil 97

Se prefiere no usar ante el/la adolescente los términos de “sobrepeso” (percentil de IMC entre 85 y 96) y “obesidad” (mayor a 97) a fin de no adjudicar una etiqueta de enfermedad crónica incurable como se considera hasta el momento a la obesidad, sobre todo teniendo en cuenta la especial condición de construcción de identidad en estas edades todavía tempranas.

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

De ser necesario, se derivará para valoración y en este caso, se complementará la medición del IMC con el registro de pliegues cutáneos adiposos, perímetros de miembros y de diámetros óseos (Cineantropometría) que puede volver el registro más eficiente y contribuir en la orientación de conductas saludables.

Usos de las gráficas de la OMS

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

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

Debe considerarse que los trastornos del hábito alimentario, tanto en más (sobrepeso u obesidad, IMC ubicado entre los percentiles 85 y 96) como en menos (IMC ubicado entre los percentiles 15 y 3) pueden ser contenidos y tratados en el primer nivel de atención ajustando sus controles en un plan de seguimiento. No así los cuadros de desnutrición o de obesidad mórbida que deben ser derivados a 2º nivel de atención y requerirán ser atendidos por un equipo especializado.

Actividad física

La rutinización de la vida cotidiana, el escaso o nulo espacio para el descanso, la diversión o el esparcimiento, la desvalorización del ocio y el sobre uso del tiempo libre en actividades vinculadas a las tecnologías de la información y comunicación (TIC), son muestra del estilo de vida sedentario caracterizado por la falta de ejercicio físico regular.

Los altos índices de prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles³⁶ (ECNT), fuertemente relacionadas a las causas de morbimortalidad de la población de nuestro país se asocian a este estilo de vida.

La rutinización de la vida cotidiana, el escaso o nulo espacio para el descanso, la diversión o el esparcimiento, la desvalorización del ocio y el sobre uso del tiempo libre en actividades vinculadas a las TICs, son muestra del estilo de vida sedentario caracterizado por la falta de ejercicio físico regular.

Los altos índices de prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles³⁵ (ECNT), fuertemente relacionadas a las causas de morbimortalidad de la población de nuestro país se asocian a este estilo de vida.

Otras patologías secundarias asociadas a la falta de ejercicio son: artrosis, constipación, cáncer de colon, hipotrofia muscular, osteoporosis, deformidades de columna, cáncer estrógeno-dependiente, várices, baja autoestima, depresión, aislamiento social.

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó en el año 2004, la estrategia de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud, que afirma que la “actividad física” es fundamental para mejorar la salud orgánica y mental de las personas y que promoverla es una oportunidad única para formular y aplicar una estrategia eficaz, encaminada a reducir sustancialmente la mortalidad y la morbilidad mundiales. **Recomienda además que las personas se mantengan activas toda la vida asegurando que, al menos treinta minutos diarios de ejercicio físico regular y moderado, reducen el riesgo de enfermedades.**

Conceptos referidos a esta temática:	
Actividad Física	Movimiento corporal intencional, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal.
Ejercicio	Actividad física planeada, estructurada, repetitiva y dirigida a mejorar o mantener la aptitud física del individuo.
Aptitud Física	Capacidad de sobrellevar las tareas diarias con vigor y conciencia, sin excesiva fatiga y con suficiente energía como para disfrutar el tiempo libre y afrontar emergencias imprevistas.
Deporte	Ejercicio físico sometido a reglas de juego y realizado con un entrenamiento que permite la competición.
Deporte recreativo	De práctica libre, aunque sometido a reglas de juego.
Deporte federado	Se practica en el marco de instituciones que se agrupan y que participan de torneos previamente acordados y reglamentados.
Deporte saludable	Contribuye al bienestar biopsicosocial del individuo
Deporte de alto rendimiento	Se realiza esperando la máxima respuesta ante la exigencia de la competencia (se aleja de los límites del “deporte saludable” y requiere controles especializados).
Deporte de alto riesgo	Precisa condiciones especiales para salvaguardar la salud del deportista

Para contribuir a generar hábitos saludables es necesario contar con el aporte de docentes, de profesores de educación física, del equipo de salud, de los padres y muy especialmente de los propios interesados.

**Previo a la práctica de ejercicio es necesario el control de salud.
El carné del y de la adolescente certifica ese control.**

Beneficios del ejercicio físico ³⁶

- Disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares en general.
- Previene y/o retrasa el desarrollo de hipertensión arterial, y disminuye los valores de presión arterial en hipertensos.
- Mejora la regulación de la glucosa y disminuye el riesgo de padecer diabetes no-insulino-dependiente.
- Mejora la digestión y la regularidad del ritmo intestinal.
- Disminuye el riesgo de padecer cáncer de colon.
- Incrementa el uso de la grasa corporal como fuente de energía y reduce la obesidad.
- Ayuda a mantener y mejorar la fuerza y la resistencia muscular, incrementando la aptitud física.
- Ayuda a mantener la estructura de las articulaciones y puede ser beneficiosa para reducir la artrosis.
- Es esencial para el desarrollo normal del hueso durante la infancia y para alcanzar y mantener el pico de masa ósea en adultos.
- Ayuda a conciliar y mejorar la calidad del sueño.
- Mejora la imagen personal y permite compartir la actividad con otras personas.
- Ayuda a liberar tensiones y mejora el manejo del stress.
- Ayuda a combatir los síntomas de ansiedad y depresión y aumenta el entusiasmo y el optimismo.
- Mejora la destreza motriz y las habilidades de los movimientos cotidianos.
- Reduce la fatiga.
- Ayuda a controlar y mejorar el pronóstico en numerosas enfermedades crónicas, como la osteoporosis.
- Disminuye la mortalidad a cualquier edad.
- Todos estos beneficios reducen el gasto sanitario del individuo y de la sociedad.

³⁶ Manual para la actividad física - Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular - CHSCV /Sociedad Uruguaya de Medicina del Deporte-(SUMD)

En la adolescencia, la vivencia personal que cada uno posee de su propio cuerpo y del cuerpo de los otros, está atravesada por múltiples factores. Esta percepción puede ser determinante en el interés o ausencia del mismo para practicar ejercicio, ya sean deportes u otros como danza o caminatas.

Además de alcanzarse habilidades y destrezas o lograr un rendimiento deseado, también en esta edad se padecen inhibiciones y estereotipos. Esto influirá en la elección de actividades.

El encuentro de el/la adolescente con el equipo de salud puede ser una buena oportunidad para fomentar hábitos que promuevan la actividad física y estimulen la práctica de estilos de vida saludables.

Las características de la actividad física, la actitud corporal y el modo en que el/la adolescente usa el tiempo libre, pueden estar señalando características personales. Se observarán posibles dificultades como: falta de integración, apatía, problemas emocionales, de autoestima, psicomotrices, del desarrollo, familiares, de violencia u otros.

En cuanto a la realización de ejercicio físico, en la adolescencia se comienzan a desarrollar las habilidades técnicas para los diferentes gestos deportivos. Los deportes de equipo y competitivos pueden motivar la participación. Pero es necesario tomar en cuenta que no todos y todas disfrutarán de este tipo de actividad, es importante promover otras alternativas no competitivas.

El entrenamiento de la fuerza es sumamente favorable en estas edades:

- el sostén de la postura de la columna vertebral requiere de una masa muscular bien tonificada a nivel dorsal, lumbar, cervical y abdominal.
- el equilibrio y la destreza para diferentes acciones en el juego físico se benefician de músculos acostumbrados a la exigencia controlada.
- el entrenamiento contra resistencia contribuye a formar huesos más fuertes, anchos y compactos.
- el riesgo de lesiones por ejercicios de carga en los jóvenes es mínimo si se siguen los planes adecuados de entrenamiento.

El Programa Nacional de Salud Nutricional recomienda para adolescentes una hora diaria de ejercicio físico moderado, en condiciones adecuadas.

En la adolescencia, etapa de modificaciones metabólicas, músculo-esqueléticas, psicológicas y sociales, es importante tener en cuenta la temperatura ambiente.

En la práctica de ejercicio físico en ambientes calurosos, tener en cuenta:

- Dieta rica en carbohidratos, son de rápida digestión y brindan abundante energía.
- Realizar la última comida previa al esfuerzo entre tres y cuatro horas antes.
- Beber agua antes, durante y después del esfuerzo (Vigilar color de orina: amarillo oscuro, es necesaria la ingesta de líquidos).
- Vestimenta holgada, con espacios de ventilación y de algodón.
- Previo al ejercicio, elongar músculos. Esto estimula una buena irrigación muscular, regula ritmo cardíaco y evita lesiones.
- Finalizar el esfuerzo sin brusquedades; caminar unos minutos, elongar y ducha reparadora.
- Haber entrenado previamente.
- Realizar ejercicios en horarios alejados de las horas “pico” de sol.

Signos de alerta de síncope o golpe de calor: enfriamiento repentino de piel y sudor, piloerección, náuseas, mareos. En estos casos, acudir a lugar fresco y ventilado, acostarse, elevar piernas, hidratarse lentamente y solicitar asistencia médica.

Uso saludable de las mochilas

El exceso de carga frente a la insuficiente aptitud física de los adolescentes, la mala distribución del peso, la inadecuada manera de levantar la mochila, la basculación al caminar y las malas posturas en todos los movimientos son factores de riesgo de sufrir patología de columna.

Se recomienda:

- 1- reducir el peso.
- 2- distribuir la carga simétricamente.
- 3- colocar el peso mayor en la parte más alta de la mochila.
- 4- ubicar cuadernolas o carpetas contra la espalda.
- 5- en su defecto, aplicar una plancha de cartón liviano.
- 6- seleccionar mochilas con cinturón que limite la basculación.
- 7- seleccionar mochilas con ruedas para alternar su traslado.
- 8- agacharse flexionando cuádriceps para levantarla desde el suelo.
- 9- entrenar posturas adecuadas al caminar.

Salud bucal

La salud bucal de la población adolescente ocupa el interés del equipo de salud. En la adolescencia se puede presentar un aumento en la actividad de caries y en muchos casos de la enfermedad periodontal (encías), debido a los cambios biológicos, emocionales, de hábitos, de estilo de vida, propios de la edad. Los aspectos estéticos juegan un papel fundamental y la odontología extraccionista, conspira contra las necesidades sentidas de los individuos.³⁷

Medidas de promoción y prevención

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

A las y los adolescentes, se les debe informar que para mantener una boca saludable es importante:

- Reducir el consumo y frecuencia de azúcares refinados, presentes en caramelos, jugos artificiales, evitar su uso entre comidas y disminuir el consumo de alimentos pegajosos.
- Reducir el consumo de bebidas ácidas.
- Comer más frutas y verduras.
- Cepillar los dientes y masajear los bordes de las encías después de cada comida y fundamentalmente antes de acostarse. No olvidar cepillar la lengua
- Usar pasta dental con flúor. Un cepillado diario con pasta con flúor evita aproximadamente en un 24% la formación de caries.
- Usar cinta o hilo dental para la eliminación de la placa interdental.
- Disminuir el enjuague bucal con agua después del cepillado nocturno para aumentar el efecto del fluoruro de la pasta dental.
- Consumir chicles sin azúcar preferentemente que contengan: xilitol (sustituto de azúcar) actúa como preventivo y otras sustancias terapéuticas como el fosfopéptido cálcico (Recaldent).

37 Programa Nacional de Salud Bucal. DIGESA MSP. 2008



Se considerará especialmente la situación de la adolescente embarazada

La boca no permanece ajena a los cambios que se producen durante el embarazo:

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

Recomendaciones específicas durante el embarazo³⁸ :

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

Recomendaciones específicas para el cuidado de la salud bucal de la madre y el bebé:

- Es importante el control y la atención odontológica después del embarazo.
- El cuidado de la salud bucal comienza desde el nacimiento
- Las consultas de Control de Salud Bucal deben estar integradas a la consulta pediátrica según cronograma establecido: 6, 12, 18, 24, 28 y 36 meses.
- Las acciones de promoción, educación y prevención son esenciales para la instalación de hábitos saludables en el niño/a.

En el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud³⁹ :

Las y los adolescentes tienen derecho a 2 consultas de control gratuitas con odontólogo/a por año.

38 Orientación para el equipo de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud. Salud Bucal de las Gestantes y niño/as de 0 a 36 meses. Programa Nacional de Salud Bucal. MSP. 2008

39 www.msp.gub.uy/ucjunasa. 2009

La consulta de control odontológica definida en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) incluye: *“el examen clínico y las acciones preventivas de educación para la salud, enseñanza de higiene bucal, profilaxis, aplicación tópica de fluor”*.

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

Examen	Observación	Importancia
Salud Bucal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Constatar el control semestral odontológico. ▶ Indagar síntomas y signos de enfermedades bucales: dolor, sangrado de encías y alteraciones de las funciones bucales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar el control semestral con odontólogo. • Derivar a la consulta inmediata frente a los mismos.

En la adolescencia los traumatismos son frecuentes en situación de:

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

En caso de accidentes dentales siempre consultar en menos de 1 hora	
Si se cae todo el diente permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar el diente, tomarlo por la corona, no tocar la raíz • Lavarlo con agua • Colocarlo en su lugar mordiéndolo con un pañuelo • Si no es posible colocar el diente en su lugar, ponerlo en un vaso con leche o agua fría o entre los molares inferiores y la mejilla. Nunca dejarlo en seco ni envolverlo
Si se cae un trozo de diente permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Sumergirlo en agua

Salud ocular

La promoción la salud ocular y la detección precoz de malformaciones y afecciones que pueden provocar deficiencias visuales y en consecuencia afectar el desarrollo normal de los y las adolescentes, deben ser prioridades a acompañar en el primer nivel de atención.

Promoción de la salud ocular:

Situación	Orientación:
En la piscina	Uso de lentes herméticos (que ajusten la cara y no dejen entrar el agua)
Exposición al sol	Anteojos con filtro UV
<p>Usuarios de computadora pueden padecer el “Síndrome visual de la computadora”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio ocular durante y después del trabajo con el monitor • Exoforia (desviación latente hacia fuera) • Sequedad en los ojos • Cefalea • Síntomas de afección musculoesquelética referida a la columna vertebral por mala postura • Molestias en las manos por el uso del ratón 	<ul style="list-style-type: none"> • Distancia de un brazo al monitor. • Monitor inclinado hacia atrás 10°. • La parte superior de la pantalla debe quedar a la altura de las cejas. • Usar letras con el tamaño 3mm en adelante. • Pestañear frecuentemente, no quedarse mirando fijo la pantalla. • Cada 10 a 20 minutos mirar bien a lo lejos un instante. • Usar lentes protectores y con antirreflejos, si es posible. • Si hay ventanas, la luz no debe incidir sobre la cara ni la pantalla. • Evitar tener objetos blancos, brillantes, que atraigan la atención en la proximidad del monitor. • Sentarse en una silla cómoda y en buena posición para la columna.

Las y los adolescentes tienen derecho a:

- **A examen ocular efectuado por un integrante capacitado del equipo, en cada control clínico, para detección precoz de problemas de visión y promoción de su salud acular**

• **Un control con oftalmólogo a la edad de 12 años.**

Edad que coincide generalmente con el ingreso a primer año liceal “con el objetivo de detectar y encaminar a su tratamiento a los/las adolescentes con vicios de refracción, estrabismo y heterofobias, que son las afecciones más frecuentes a esta edad.

Uso de la tabla de optotipos.

Como la detección precoz de estas afecciones depende del examen ocular en cada control clínico que se realiza en el primer nivel de atención, se considera fundamental capacitar a los equipos de salud en el uso de técnicas sencillas como la medición de la agudeza visual con la **tabla de optotipos y técnica para la estimación indirecta de la agudeza visual.**

Tabla de optotipos

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

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

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

Se mide la agudeza de a un ojo por vez, como norma se toma primero la visión del ojo derecho, ocluyendo el ojo izquierdo con el hueco de la palma de la mano, sin apretar el ojo, o con una pantalla de cartón, de preferencia oscura.

El ojo ocluido tiene que quedar abierto, y se debe tratar que penetre la menor cantidad de luz posible. Si cierra el ojo que está ocluido seguramente va a estar entrecerrando también el ojo examinado, con lo que puede obtenerse una medida de la agudeza visual mayor que la real.



Si entra mucha luz, la imagen que se genera en ese ojo puede disminuir la agudeza del ojo examinado. Se procede de forma similar para medir la visión del otro ojo.

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

Por ejemplo:

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

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

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

Por ejemplo:

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

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

Estimación indirecta de la agudeza visual

Se observa donde cae, en el ojo, el reflejo de la luz de una linterna colocada a 30 cm o más de el/la adolescente. Normalmente el reflejo brillante está un poco desplazado de la córnea, hacia el lado nasal; el reflejo debe estar en situación simétrica en ambos ojos (las distancias entre el reflejo y el límite interno de cada córnea deben ser iguales), en este caso ambos ojos están fijando el objeto, no están desviados. Si el reflejo en la cornea está desplazado el/la adolescente tiene estrabismo y puede tener ambliopía (disminución de la visión sin lesión orgánica visible).⁴⁰

40 www.msp.gub.uy/ucjunasa

Salud auditiva

Un alto porcentaje de jóvenes a nivel mundial sufre pérdida de la capacidad auditiva por exponerse a altos volúmenes sonoros.

Existe reglamentación internacional y nacional para la exposición a ruidos de origen laboral: *ruido ocupacional*, que protege al trabajador.

En nuestro país, existe reglamentación del ruido ambiental ⁴¹ que es controlada por las intendencias departamentales.

Desde los centros educativos, es frecuente la derivación a los centros de salud por “falta de atención en clase”, alteraciones de la conducta, y/ o disminución del rendimiento curricular que muchas veces corresponde a una disminución de la audición.

En 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que hasta un 50% de los problemas de audición podrían evitarse, o al menos, disminuir sus consecuencias promoviendo la salud auditiva en general.

La promoción de la salud auditiva en la adolescencia implica recomendar:

- Escuchar música en estéreos individuales menos de una hora al día, incluso si el volumen no supera el 60 por ciento del nivel máximo.
- Disminuir el ruido en la fuente.
- Limitar los tiempos de escucha.
- En los lugares bailables o en conciertos, situarse lejos de los parlantes.
- Usar protección auditiva en locales bailables o movidas donde el ruido es de alta intensidad.
- Evitar ruidos fuertes.

Indicadores de alerta para problemas en la salud auditiva:

- Uso de reproductores de música personales como iPod, MP4, MP3, discman, asistencia a discotecas.
- Participación en grupos musicales.
- Interpretación de instrumentos musicales de gran potencia sonora como las baterías.
- Práctica de deportes con ruido como tiro al blanco.
- Uso de petardos o fuegos artificiales.
- Hobbies que usan herramientas ruidosas.
- Trabajo en centros bailables, call centers (si hay descargas en línea).

41 Dec. 406/88 MTSS. Ordenanza 145/09 MSP.

La percepción auditiva va disminuyendo progresivamente desde las frecuencias altas (agudos) avanzando hacia las frecuencias que intervienen en la comprensión del lenguaje hablado, produciendo así deterioro en la comunicación interpersonal.

Se considera 85 decibeles (dBA) como el límite entre exposición “peligrosa” y “no peligrosa” a ruido continuo, en un tiempo no mayor de 8 horas.

Las discotecas pueden llegar a más de 100 dB de intensidad de ruido y la exposición a esa intensidad no debe sobrepasar los 15 minutos.

Aunque el oído dispone de reflejos que lo protegen de ciertos tipos de ruido, no puede tomarse ninguna medida cuando el nivel de ruido se encuentra por encima de los 120 dB.

La combinación de tres factores diferentes podría tener como resultado una alteración de audición después de escuchar música

- La duración del tiempo de escucha.
- La cercanía a la fuente de sonido.
- La intensidad de volumen con que se escuche la música.

Cuanto más tiempo se escuche la música, se produce mayor fatiga de los oídos, lo que puede tener como resultado un desplazamiento temporal del umbral auditivo. Cuánto más se someta a los oídos a esta fatiga, mayor será la probabilidad de sufrir una alteración de la audición permanente. La medida de la agudeza auditiva debe ser parte del control en salud de las y los adolescentes.

Exploración clínica⁴² de la agudeza auditiva (de las altas frecuencias):

- En un lugar cerrado (consultorio), se hablará al adolescente en voz baja, desde cierta distancia hasta que él escuche.
- Prueba de la voz cuchicheada: pedir al adolescente que se cubra un oído con su mano; pararse detrás de él, cercano al oído que se quiere explorar. Susurrar o cuchichear unas pocas palabras y pedirle que repita lo que se ha dicho. Normalmente se reconocen palabras del mensaje cuchicheado a 2 pies (aprox. 50-60 cms.) de distancia del oído explorado.

Los y las adolescentes deben ser derivados al otorrinolaringólogo/a para valoración auditiva cuando:

- Están expuestos al ruido
- Con antecedentes personales o familiares de patología ótica c/hipoacusia
- Con examen de agudeza auditiva anormal
- Antecedentes de intervenciones quirúrgicas a nivel ótico
- Otitis media agudas a repetición o crónicas

42 Garrido García, R. Exploración física de los pares craneanos. www.sld.cu/galeria.ppt/sitios/taxia-y-praxia. Revisado setiembre 2009.

Consumo problemático de sustancias - adicciones

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

El Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas ⁴³ en febrero 2007 establece que:

Se debe *“detectar precozmente el consumo de sustancias en todos los usuarios de salud, en particular en el caso de niños, adolescentes y embarazadas”*.

Y explicita que se debe *“aplicar en forma sistemática el despistaje, incorporando mensajes preventivos o realizando derivaciones a especialistas según corresponda al tipo de situación, prestando especial atención a los niños, adolescentes y embarazadas”*

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

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

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

Por un lado las motivaciones que muchos varones y mujeres adolescentes tienen para consumir pueden ser los deseos de probar lo nuevo, curiosidad por la experimentación,

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

presiones del grupo de pares, búsqueda de placer, salir del aburrimiento, desinhibirse y por otro, vivir emociones que puedan ser controladas, como una manera de asumir riesgos con lo que proviene de afuera y no quedar a merced de los vaivenes internos, en ocasiones mucho más fuertes que la droga.

Correr riesgos y asumir desafíos frente a los otros, demostrarse invulnerable, y que se puede salir ileso de una “seguidilla” de alcohol y otras sustancias es un acto en el que muchos adolescentes se ven comprometidos; los varones con mayor frecuencia debido al impacto del modelo hegemónico de masculinidad.

El problema de las adicciones no recae en la sustancia o en la situación en sí, sino en el vínculo que se establece con la misma. Por lo cual, es necesario tener presente la tríada: *sujeto, sustancia, contexto*, y los tipos de relaciones que el sujeto establece con el consumo:

Consumo experimental – se refiere a la persona que por curiosidad o presión de amigos ensaya el consumo de alguna droga.

Consumo ocasional o esporádico – persona que consume en algunas ocasiones sociales pero el consumo no tiene gran importancia ni invade su vida cotidiana.

Consumo habitual – el consumo pasa a tener un lugar especial y genera trastornos en la vida cotidiana (estudio, vida familiar y social); es un uso inadecuado ya que compromete la salud física, psíquica y social.

El abuso no se refiere solo a la cantidad sino a las características del contexto del consumo (por ejemplo exponerse a situaciones de riesgo como accidentes al conducir habiendo bebido).

Dependencia – es el comportamiento obligatorio de búsqueda adquisición y consumo de la sustancia en frecuencia y cantidad perjudicial para el/la adolescente y su entorno.

Puede presentarse síndrome de abstinencia.

Existe una combinación de dependencia psíquica y física (variable según la sustancia y el sujeto) por la que se requiere cada vez mas cantidad para lograr las mismas sensaciones.

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

Algunas de las características de el o la adolescente a tomar en cuenta, son la edad (más grave si menor), el sexo (más grave si mujer), la existencia de problemas psicoemocionales, un diagnóstico previo de trastorno psiquiátrico, dificultades en el estudio o abandono

no/expulsión de la educación formal, historia infantil de problemas familiares, trastornos de conducta e impulsividad.

La problemática del consumo no es exclusiva de ninguna clase socio-económica, así como tampoco depende de la etnia o género.

Es necesario considerar e indagar acerca de las siguientes condiciones de consumo:

vinculadas a la sustancia	Vinculadas al contexto
<ul style="list-style-type: none"> • vía de administración • frecuencia y cantidad del consumo • mecanismo tóxico de la sustancia • ocurrencia de intoxicaciones • modos de conseguir la sustancia • calidad de la sustancia • existencia de consumo de más de una sustancia 	<ul style="list-style-type: none"> • si consume con otros/as o en soledad • lugar donde consume: calle, casa, liceo, lugares de esparcimiento. • si forma parte de otra actividad • si han ocurrido hechos violentos antes o durante • si la familia u otros referentes saben de los hechos vinculados al consumo. • consumo problemático en la familia

Es posible que la consulta sea espontánea y esté motivada por un uso problemático de sustancias que dificulta la vida cotidiana de el/la adolescente y/o que la familia u otros referentes se acerquen a buscar ayuda. En estos casos se deberá orientar al usuario hacia los equipos de salud mental correspondientes u otros centros de referencia para la atención específica de esta problemática cuando ya está instalada.

Es muy frecuente que grados menores de consumo sean un hallazgo de la entrevista en el control de salud, lo cual es de gran valor desde el punto de vista de la prevención.

Tanto en una consulta de orientación y escucha como en la entrevista de control de salud, es importante conocer quién es la persona, su historia de vida.

Tal como se planteó anteriormente, es frecuente el consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia sin embargo es sabido que:

La mayoría prueba en alguna ocasión, pero no se “engancha” con el uso problemático de drogas.



¿Quiénes son los que están en mayor riesgo?

- adolescentes con historia infantil de dificultades personales, familiares o en la escuela.
- que hubieran sufrido abuso sexual, maltrato u otra forma de violencia.
- adolescentes con diagnóstico de patología psiquiátrica.
- familias con múltiples problemas, incluyendo madres o padres adictos.
- abandonos, muertes u otras situaciones traumáticas sin apoyo para su elaboración.
- niños, niñas y adolescentes en situación de calle o extrema pobreza
- madres y/ o padres poco involucrados con la vida de sus hijos/as

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

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

Preguntas ⁴⁴	SI	NO
¿Has tenido problemas con tu familia por el consumo de drogas?		
¿Te han llamado la atención en el centro educativo por el consumo de drogas?		
¿Has sufrido algún tipo de accidente por consumir drogas?		
¿Te ha ocurrido alguna vez que has consumido más de lo que pensabas?		
¿Has tenido problemas legales o con la justicia por el consumo de drogas?		
¿Has necesitado consumir drogas para disminuir nerviosismo, irritabilidad o tensión?		
¿Ocupas gran parte del día en buscar o conseguir droga?		
¿Has sentido molestias físicas cuando dejas de consumir drogas?		
¿Te ha pasado que has necesitado consumir cada vez más cantidad para conseguir el mismo efecto?		
¿Has dejado de lado actividades y/o relaciones por utilizar tecnologías como Internet?		

44 Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes. CONACE - Chile. Adaptación PNSA.MSP

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

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

Sugerencias

En caso de adolescentes con **consumo excesivo y/o no responsable**, se sugiere invitar a el o a la adolescente a concurrir al servicio nuevamente para tener una consulta con personal que lo podrá ayudar. Se derivará a equipo de salud mental.

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

- *Abstenerse de subir a un automóvil si se sospecha que el conductor bebió alcohol o utilizó alguna otra droga.*
- *Rechazar bebidas de extraños en boliches o fiestas.*
- *Recordar que con ciertas drogas puede haber desinhibición de la conducta sexual. Por lo tanto es necesario prever la protección y llevar condones.*
- *También es importante poder decir que no.*
- *Si conocen amigos, amigas, familiares u otras personas de su entorno que están con problemas de consumo, pueden ayudarlas mucho si las acompañan a una consulta de orientación.*

**Considerar la participación de la familia.
Acordar con el/ la adolescente el momento adecuado de su inclusión.**

Salud sexual y salud reproductiva

La sexualidad y la salud sexual y reproductiva (SSyR) ocupan un lugar central de la salud y la vida de las/los adolescentes.

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

Deberán:

- Promover la SSyR
- Brindar información y asesoramiento en sexualidad y SSyR desde un enfoque de género, derechos y diversidad, favoreciendo la toma de decisiones informadas que redunden en el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y responsable.
- Prevenir malestares y dificultades vinculados a la sexualidad y la SSyR.
- Detectar precozmente factores de riesgo y/o enfermedades vinculadas a la SSyR.
- Dar respuesta a las demandas de las y los adolescentes vinculadas a su sexualidad y SSyR.
- Brindar tratamiento oportuno y realizar referencia y contrarreferencia cuando sea necesario.
- Coordinar con otros actores sociales, cuya participación es también clave: sistema educativo, centros socioeducativos, clubes deportivos, organizaciones de la sociedad civil, otros ministerios, medios de comunicación, etc. Para ello es necesario contar con una guía de recursos institucionales y organizacionales (nacional y local).
- Contar con materiales (folletería, afiches) sobre la temática, vinculados tanto a la esfera reproductiva y preventiva como a la dimensión de la promoción de la SS y erótico placentera; éstos son insumos educativos que enriquecen el proceso de atención.

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

ORIENTACIÓN Y ESCUCHA EN SSYR Y SEXUALIDAD:

Deberá enmarcarse en los lineamientos de orientación y escucha ubicado en la primera parte de estas guías.

Posibles áreas a abordar:

- Derechos sexuales
- Derechos reproductivos
- Iniciación sexual
- Relaciones y prácticas sexuales
- Autoerotismo
- Placer y erotismo
- Mitos y creencias sobre sexualidad y afectividad.
- Equidad de género en las relaciones, diversidad sexual.
- Negociación sexual, vinculada a la toma de decisiones de la vida sexual y reproductiva.
- Cuerpo, imagen corporal, autopercepción, crecimiento y desarrollo, anatomía y fisiología de los genitales externos e internos.
- Ciclo menstrual.
- Erecciones y eyaculaciones.
- Respuesta sexual humana.
- Higiene corporal y de los genitales.
- Autoexamen de mamas y observación de los genitales (considerando la edad y desarrollo).
- Anticoncepción.
- Embarazo, parto y puerperio.
- Aborto provocado.
- Infecciones de transmisión sexual e infección por VIH/SIDA.
- Prevención de la violencia y abuso sexual.

A las generalidades sobre orientación y escucha presentadas en el apartado correspondiente, se suman las referidas a esta área:

- Rescatar el saber de el/la adolescente respecto a su cuerpo, su sexualidad y su SSyR.
- Respeto a la diversidad: los/las adolescentes en función de su edad, nivel socioeconómico, cultura, etnia, lugar de residencia, identidades, etc. tienen demandas e intereses específicos que deben ser escuchados y considerados.
 - Algunos/as adolescentes plantean en la consulta sus inquietudes sobre estas temáticas, pero hay otros/as que no lo hacen. Es importante habilitar el tema en el contexto de la entrevista.
- Respeto a la diversidad sexual: Realizar siempre preguntas inclusivas que habiliten la expresión de sus sentimientos; no pensar que todo/a adolescente “es heterosexual”. Siempre preguntar ¿tenés novio o novia? .
- Hay situaciones específicas que requieren del acompañamiento de la familia o del referente adulto en acuerdo con el adolescente, así como de una coordinación y derivación a otros profesionales del servicio o de otras instituciones en relación con: abuso sexual, consulta por intención de cambio de sexo, disfunciones sexuales, intención de aborto, etc.
- Se deberá estar capacitado/a para abordar estas temáticas; en el caso de no estarlo, se deberá identificar al integrante del equipo más idóneo para realizar dicho abordaje.

Tener siempre presente:

En el abordaje de la “sexualidad” algunas **preguntas** pueden resultar invasivas de la privacidad, más aun, podrían llegar a ser lesivas...

Todas se deben formular con el respeto pertinente y la delicadeza necesaria que habiliten la suficiente distancia del interrogatorio “judicial” o “policial”

Posibles preguntas para habilitar el tema, a realizarse según las condiciones de vida de cada adolescente:

- *¿Tenés pareja?novio/a?salís con alguien o con más de una persona?; ¿iniciaste relaciones sexuales?; ¿tenés relaciones sexuales con esa o esas personas?; ¿a qué edad comenzaste a mantener relaciones sexuales?; ¿Cómo son tus relaciones con XXX (nombre de la persona, parejas, novios/as?; ¿te sentís cómodo/a en esas relaciones sexuales?; ¿las mantenés porque vos querés?; ¿tenés algún tipo de dificultad, o algo que te haga sentir mal?*

- *¿Con quién hablas de sexualidad? ¿Cuáles son tus dudas o qué es lo que quisieras saber respecto a tu sexualidad, relaciones sexuales, tu cuerpo?*
- *¿Cómo y con quién tomás las decisiones respecto a tu sexualidad: uso de condón, uso de MAC, etc.?; ¿estás conforme, te sentís respetado/a y sentís que respetás al otro/a?*
- *¿En algún momento te has sentido presionado/a por tu pareja, amigos/as y familiares, con respecto a estos temas o a la toma de decisiones?*
- *¿Has tenido dificultades como falta de deseo, erección, eyaculación, dolor en las relaciones sexuales, incomodidad...?*

CONSULTA PREVENTIVA Y EXAMEN FÍSICO-GENITAL

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

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

La consulta preventiva podrá ser realizada por cualquier técnico del equipo de salud capacitado/a para esta tarea:

- Las preguntas deben ser inclusivas, lo que ayudará a la generación del vínculo y brindará insumos para futuras indicaciones diagnósticas o de tratamientos hacia el/ella y su pareja sexual.
- El/la adolescente puede sentir miedo a ser juzgado/a, maltratado/a o “rezongado/a” por su vida sexual o por sus conductas o hábitos, este temor se sustenta en fantasías y también en experiencias vividas. Por tal motivo siempre es fundamental el espacio de diálogo y el trabajo del equipo respecto a los preconceptos, mitos y tabúes.
- En el marco de esta consulta las/los técnicos/as reforzarán el derecho de la mujer adolescente y acordarán la oportunidad a un control con ginecólogo/a: en presencia de síntoma y/o signo, iniciadas las relaciones sexuales y a los 3 o 4 años de edad ginecológica.

- En el marco de esta consulta o en el marco del control de salud integral (anual, con médico/a generalista, pediatra, o médico/a general de familia y comunitario) se promoverá en los varones que presenten síntoma o signo en el área urogenital, antecedentes de intervenciones quirúrgicas (orquidopexias, fimosis y otras) en la infancia, o por solicitud del adolescente, la posibilidad de consultar con urólogo/a capacitado.
- La demanda exclusiva de preservativo debe ser contemplada y transformarse siempre en puerta de entrada al resto de las prestaciones en salud a las que los y las adolescentes tienen derecho

El examen físico genital:

- en **las** adolescentes preferentemente lo deberá realizar el/ la ginecólogo/a, pero en los casos en que no sea posible podrá ser realizado por otro médico/a (pediatra, generalista o de medicina familiar y comunitaria) u obstetra partera especialmente capacitado/a para tales fines.
- en **los** adolescentes deberá ser realizado por un médico/a, quien le informará de la necesidad de consultar con el urólogo/a, principalmente si el adolescente lo solicita, presenta síntoma y/o signo o antecedentes de intervenciones quirúrgicas de sus genitales en la infancia y ante cualquier evento que le preocupe.
- Al momento del examen se debe consultar a el/la adolescente si desea que su acompañante u otro integrante del equipo permanezca en el consultorio.

Examen físico - genital: algunas consideraciones:

- presenta características diferentes para quienes han iniciado relaciones sexuales coitales y para quienes no lo han hecho (ver tabla de la siguiente página).
- se debe solicitar al/la adolescente el consentimiento para la realización del examen físico y se promoverá su participación activa e involucrada.
- el/la profesional deberá explicar al adolescente en qué consiste el examen y para qué se realiza. Es importante contar con material de apoyo como láminas y/o maquetas de genitales y de mamas para brindar la información, y mostrar los elementos a utilizar (ejemplo el espéculo). Gran parte de los y las adolescentes desconocen su propio cuerpo, por lo cual es importante realizar una tarea educativa al respecto.
- este tipo de examen puede producir pudor, vergüenza, miedo a lo desconocido y al dolor,

por lo que realizar la maniobra delicadamente, habiendo explicado previamente las características de la misma ayuda en el proceso. Es importante contar con insumos que posibiliten la privacidad: saleas o sabanillas, poncho, biombo, etc.

- preguntar al adolescente si ya lo/a han examinado previamente y cómo ha sido la experiencia. Malas experiencias anteriores, aumentan los temores, por lo cual en este caso, la tarea educativa deberá ser fortalecida.
- para adolescentes que hayan vivido o se encuentren en situación de abuso sexual el examen físico puede generar malestar e incomodidad, inclusive angustia. Estos son indicadores a tener en cuenta para seguir las pautas establecidas en el apartado sobre el tema.
- se deberá promover el autoexamen de genitales femeninos (con espejo), masculinos y de mama, explicando su importancia. Para tales fines es importante contar con material de apoyo y folletería explicativa de cada autoexamen para entregar a el/la adolescente.

Mamas	Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Ver simetría mamaria, palpación cuidadosa, dar pautas de autoexamen, como una forma de autoconocimiento.
	Varones	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar ginecomastia.
Genitales	Mujeres sin inicio de relaciones sexuales coitales	<ul style="list-style-type: none"> • Inspección y valoración de genitales externos, incluyendo vello pubiano. • Identificar malformaciones y lesiones a nivel de la zona, incluyendo la zona perineo-anal de ser necesario.
	Mujeres con inicio de relaciones sexuales coitales	<ul style="list-style-type: none"> • Ídem anterior. • Inspección y valoración de genitales internos. • Identificar malformaciones y lesiones internas.
	Varones sin y con inicio de relaciones sexuales coitales	<ul style="list-style-type: none"> • Inspección, palpación y valoración de genitales externos y vello pubiano. • Identificar malformaciones, lesiones, fimosis, prepucio redundante, varicocele (más frecuente a izq.), hernias.

Indicación de Papanicolaou:

La situación epidemiológica del cáncer cérvico uterino en el Uruguay presenta particularidades que lo ubica como un problema de salud pública. En tanto se trata de un cáncer prevenible, resulta fundamental realizar acciones de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento que permitan revertir la situación.



Se debe indicar la realización del PAP a toda adolescente, “desde el inicio de las relaciones sexuales a partir de los 21 años cada tres años”⁴⁵, en el caso de que no presente alteraciones o anomalías. En el caso de presentarlas se deberá indicar coloscopia.

Es necesario explicar a la adolescente en qué consiste el PAP, cómo se realiza y por qué es importante, de forma de disminuir temores frente al estudio.

ANTICONCEPCIÓN

El acceso a la anticoncepción es un derecho de las/os adolescentes, factor de desarrollo humano y social. El proceso de orientación sobre los diferentes métodos, su efectividad, su uso correcto, la libre elección informada y la posibilidad de obtenerlos en forma oportuna y continua deberían contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

La orientación y el procedimiento de entrega de métodos anticonceptivos deben estar enmarcados y seguir los lineamientos del MSP ⁴⁶ y ⁴⁷.

A continuación se presentan consideraciones específicas para las y los adolescentes:

Los servicios de salud deberán:

- Garantizar a los/as adolescentes el acceso universal, equitativo y con continuidad a MAC de calidad, incluido el preservativo como doble protección (anticonceptiva y preventiva de ITS), en el marco del espacio confidencial de orientación y escucha descripto.
- Promover el uso del condón como método de doble protección para la anticoncepción y prevención de las ITS - VIH-sida.

La edad por sí misma no constituye una razón para no otorgar métodos a un/a adolescente. Las inquietudes con relación a algunos métodos deben ser balanceadas contra las ventajas de evitar un embarazo no planificado ⁴⁸.

45 Manual de oncología para el primer nivel de atención “Un puente entre los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de los Especialistas y el Primer Nivel de Atención”. Programa Nacional de Control del Cáncer .DIGESA. MSP. 2008

46 Guías en Salud Sexual y Reproductiva - Capítulo Anticoncepción - Métodos Reversibles. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. DIGESA. MSP. 2005

47 Directrices para la entrega de métodos anticonceptivos y preservativos/condones a usuarios del SNIS. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género; Programa Prioritario ITS SIDA; Programa Nacional de Salud Adolescente. DIGESA. MSP. 2009

48 Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de Anticonceptivos. Planificación Familiar. Segunda edición. OMS. 2005. www.who.int/reproductive-health

ORIENTACIÓN Y ESCUCHA EN ANTICONCEPCIÓN:

Destinada a todos/as los/as adolescentes que se encuentren por decidir el inicio de relaciones sexuales o aquellos/as que las hayan iniciado.

Pautas para realizar la orientación y escucha ⁴⁹ :

A las pautas presentadas en el apartado de orientación y escucha de estas guías, se suman las siguientes consideraciones específicas para la anticoncepción:

- Conocer la orientación, prácticas sexuales y dudas de el/ la adolescente previo a realizar una orientación basada en presupuestos de heterosexualidad.
- Favorecer la corresponsabilidad en el uso correcto, con enfoque de género, generando habilidades de negociación con la pareja sexual.
- Armar con el/la adolescente una lista de los métodos anticonceptivos que conoce.
- Exponer y demostrar el uso correcto de cada método anticonceptivo, con apoyo en material didáctico. Informar sobre: eficacia, indicación del uso, uso correcto y continuo, ventajas y desventajas, contraindicaciones, accesibilidad y efectos secundarios.
- Permitir que las/os adolescentes expresen sus inquietudes, dudas, temores, dificultades, creencias y motivaciones en relación al uso de los diferentes métodos.
- Recomendar la consulta preventiva en SSyR oportuna (Anamnesis, exámen físico genital y paraclínica).

La elección del método debe ser una decisión tomada por el/la adolescente, el rol del profesional es asesorar y acompañar este proceso. “En todos los casos es obligación de los profesionales de salud explicar con claridad a la/el potencial usuaria/o los motivos que desaconsejan o apoyan el uso de este método en cada situación individual”⁵⁰.

Posibles preguntas para realizar la orientación a varones y mujeres según corresponda:

¿mantenés relaciones sexuales? ¿con quién? ¿de qué tipo? ¿qué edad tiene tu/s pareja/s sexual/es? ¿con qué frecuencia tienen relaciones? ¿ha tenido o tiene tu pareja otras parejas sexuales? ¿disponen de un lugar para tener relaciones sexuales? ¿has usado antes algún método? ¿por qué no? ¿por qué dejaste de usarlo? ¿saben tus padres que tienes relaciones sexuales? ¿qué opinan al respecto? ¿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?

49 Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes. Con énfasis en salud sexual y reproductiva. Centro de Estudios de Población (GENEP). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. OPS/FNUAP Nº 2. Modificado PNSA. MSPUruguay.

50 Guías en Salud Sexual y Reproductiva – Capítulo Anticoncepción – Métodos Reversibles - Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género – DIGESA – MSP - Uruguay 2005.

Pautas para uso de MAC en adolescencia: el objetivo es que se acceda al método, y aprovechar la consulta de solicitud del mismo para realizar una consulta de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva.	
Preservativos/condones	<ul style="list-style-type: none"> • Ver en capítulo ITS sida.
Anticonceptivos de Emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre que se entregue este método, señalar que su uso será solo en caso de emergencia. • El uso recurrente indica que se requiere mejorar la orientación y escucha. • Deberán estar a disponibilidad durante todo el horario que el centro de salud esté abierto. Para el suministro de este método no es necesaria la consulta ginecológica. Se deberán proveer tanto en puerta de emergencia, policlínica o espacio adolescente con la correspondiente orientación y escucha y acompañado de condones. • Además de brindar el método, se coordinará una consulta de salud en un lapso de espera no mayor a 72hrs. La misma deberá ser preferentemente ginecológica y en el Espacio Adolescente. En dicha consulta se reafirmará la orientación y escucha brindada y se suministrará el MAC elegido según opción y necesidad de la adolescente. En caso de que se trate de un adolescente varón, se promoverá que concorra con su pareja sexual (quien ingirió la anticoncepción de emergencia).
Anticonceptivos hormonales: orales e inyectables	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de anticoncepción hormonal por primera vez: <p>1. Valoración general, verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Contraindicaciones relativas y absolutas personales y familiares (dentro de ellas: cuadros trombóticos en familiares jóvenes y episodios sugestivos de trombofilia familiar).</i> ▶ <i>exámenes preventivos de SSyR vigentes</i> <p>2. Brindar orientación y escucha</p> <p>3. Acceso al MAC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Se sugiere el uso de ACO que tengan estrógeno y progestágeno; sobre todo progestágenos de tercera generación ^{51 52}, que son menos androgénicos (norgestimato, desogestrel y gestodeno, y más recientemente, nomegestrol y dienogest; éstos dos últimos no están a disposición del público actualmente en nuestro país)⁵³.</i>

51 Molina, R. Anticoncepción en la Adolescencia. En: Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Ramiro Molina; Jorge Sandoval; Electra González. Ed. Mediterráneo. Chile. 2004

52 Méndez Ribas J M, Siemaszko K, Faccini MJ. Regulación de la fertilidad en los adolescentes. En: Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana. José María Méndez Ribas y cols. Ed Ascune. Buenos Aires. 2005

53 Martins, S.; Curtis, K.; Glasier, A. Combined hormonal contraception and bone health: a systematic review. Contraception. Volume 73 (2006). Issue 5

<p>Anticonceptivos hormonales: orales e inyectables</p>	<p>La elección deberá realizarse según la situación clínica (biopsico-social) de cada adolescente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Con respecto a la cantidad de insumos a entregar, el servicio evaluará la pertinencia de entregar más de un blister de acuerdo a sus posibilidades, con el objetivo de derribar barreras para el acceso.</i> • Con respecto a los anticonceptivos inyectables, a las adolescentes se deben suministrar en lo posible inyectables con estrógenos. Su uso está especialmente indicado en adolescentes con dificultades de adherencia a los ACO (ej: déficit intelectual). • Seguimiento de 1 a 3 meses para descartar complicaciones, problemas de tolerancia o de adherencia.
<p>DISPOSITIVOS INTRA UTERINOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La OMS solo recomienda el uso de DIU en la adolescente que no ha tenido partos cuando no se dispone de otros métodos, si estos no son aceptados o existe contraindicación de anticoncepción hormonal, ya que el riesgo de expulsión es más elevado. No obstante, cuando se realiza una correcta selección las adolescentes pueden utilizar los DIU sin peligro, sobre todo, cuando hay antecedentes de parto o aborto. Los DIU medicados con levonorgestrel tampoco están contraindicados en las adolescentes, siempre que se pretenda conseguir una anticoncepción de larga duración.⁵⁴ • Se podrá colocar el DIU pos evento obstétrico, siguiendo las indicaciones de las guías del MSP ⁵⁵.

54 Medical Eligibility Criteria Department of Reproductive Health. World Health Organization. 4th edition. 2009

55 Guías en salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. DIGESA. MSP 2009

EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y AMAMANTAMIENTO

Se trata de una condición que implica dimensiones biológicas, psicológicas, afectivas y socioculturales por lo cual cobra características específicas en esta etapa. Por otro lado, es una condición que siendo puerta de entrada a los servicios de salud, es necesario visualizarla como oportunidad para acercar a las y los adolescentes y a sus adultos de referencia a los espacios específicos de atención integral generando un vínculo más allá de esta consulta específica.

- Los servicios de salud deberán garantizar la atención de la adolescente embarazada, su pareja⁵⁶ o acompañante y el recién nacido/a en forma universal, equitativa, de calidad y con continuidad.
- El embarazo en la adolescencia no siempre se considera de riesgo en sí mismo, por lo cual su control debe realizarse en el primer nivel de atención.
- Las adolescentes tempranas, las que se encuentren cursando los dos primeros años de edad ginecológica (tiempo que media entre la menarca y el momento de la consulta), las portadoras de patologías crónicas (incluidas las del área de la salud mental), las que consuman sustancias psicoactivas, deberán ser valoradas exhaustivamente para definir signos de alarma.
- Frente a éstos: referir oportunamente a nivel de mayor complejidad para su mejor valoración. El acompañamiento o seguimiento de esta adolescente podrá ser en ese nivel de referencia si así lo amerita o volver al primer nivel de atención (buena contrarreferencia).
- La atención integral durante este proceso implica necesariamente la consideración de las adolescentes y sus parejas, como sujetos de derecho y protagonistas de sus vidas. Esto significa: dialogar, favorecer la expresión de inquietudes, incertidumbres, miedos, saberes y la toma de decisiones.
- Se debe incluir al varón en un rol central y no como “acompañante”. Esto significa: mirarlo, dirigirle la palabra, realizarle preguntas, posibilitar que realice las suyas e involucrarlo en la toma de decisiones. Promover, cuando es su decisión, la incorporación de su propia familia.
- Cuando las familias desconocen el embarazo, se recomienda generar en forma conjunta con la adolescente y su pareja una estrategia de involucramiento de redes primarias de contención.
- El embarazo puede generar sentimientos ambivalentes e incertidumbres. Es función del equipo de salud acompañar a la adolescente, su pareja y las familias en este proceso.
- El control y captación del embarazo en forma temprana es fundamental para la detección de patologías e ITS⁵⁷, y en caso de continuar con el mismo para que se desarrolle saludablemente.

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

57 Realizar test de VIH con consentimiento informado y VDRL. Ante resultado positivo comenzar tratamiento antirretroviral en el embarazo y al recién nacido, lo que evita en un porcentaje muy elevado la transmisión vertical y promueve la salud.

La atención debe seguir los lineamientos de las **normativas y guías del MSP**⁵⁸.
En este apartado se abordan las especificidades para las y los adolescentes.

PRIMERA CONSULTA

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

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

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

**Mantenga la confidencialidad
Respétela y apóyela ante sus decisiones
No juzgue en base a sus preconceptos y valores.**

**El primer control del embarazo debe realizarse ante la primera falta menstrual,
y antes de las 12 semanas de amenorrea.**

58 Guías en salud sexual y reproductiva - Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género – DIGESA – MSP, Uruguay. 2007:

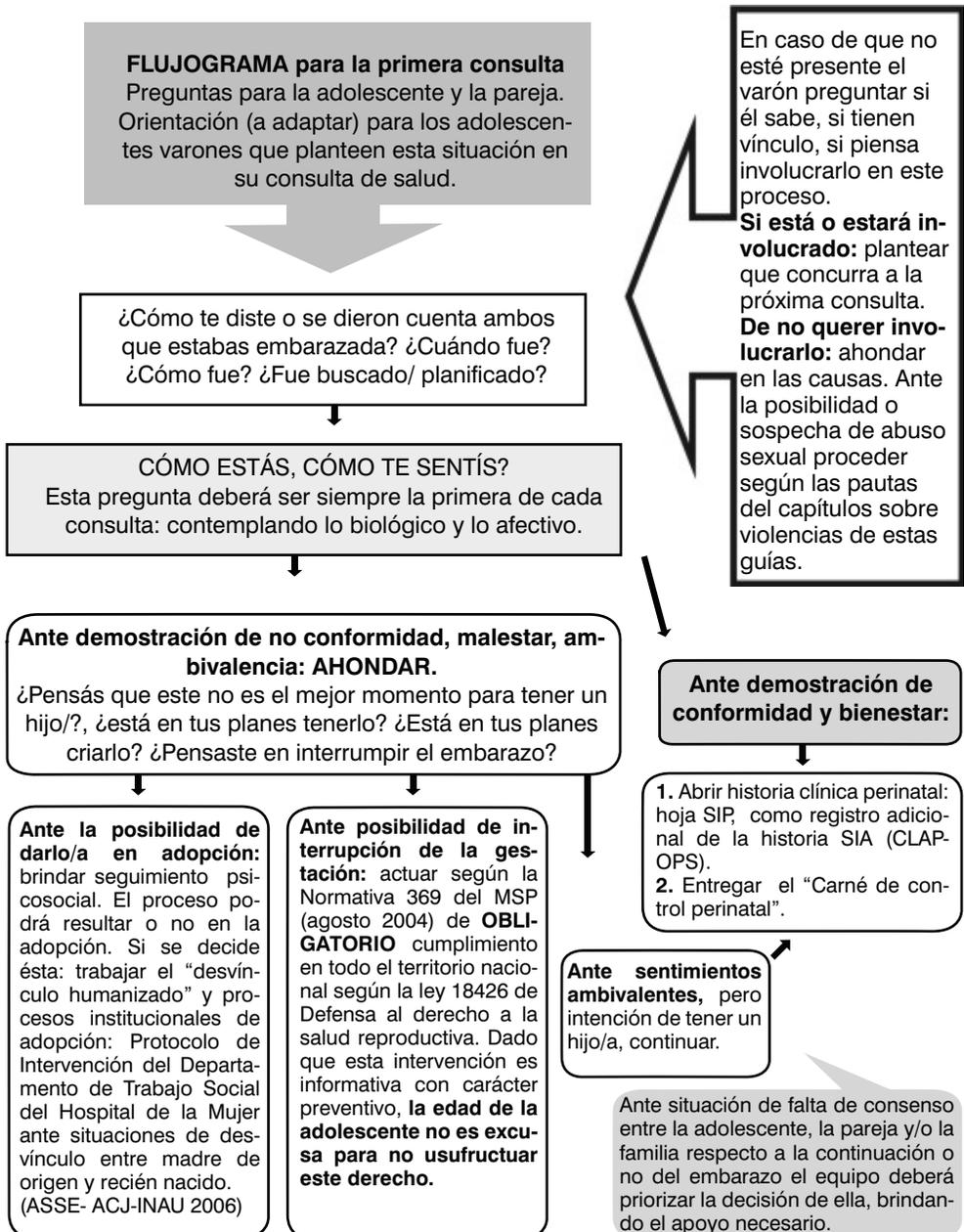
- Capítulo: Normas de Atención a la Mujer Embarazada.

- Capítulo: Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio.

En el caso de intención de interrupción del embarazo se deberá actuar según la Normativa de Atención Sanitaria y Guías de práctica clínica de la ordenanza 369 del MSP. Uruguay. 2004:

- "Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo", de OBLIGATORIO cumplimiento en todo el territorio nacional según la ley 18426 de Defensa al derecho a la salud reproductiva.

En el caso de las adolescentes con VIH se deberá actuar según las Guías para el Diagnóstico, Tratamiento Antirretroviral y Monitorización Adultos y Embarazadas - Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-Sida) PP ITS-Sida - DIGESA - MSP - OPS, 2006.



En todas las situaciones realizar las siguientes preguntas:

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

DETECTAR POSIBLES DERIVACIONES COMUNITARIAS A REALIZAR E INSTITUCIONES CON QUIENES COORDINAR. La participación comunitaria es un eje de la atención integral. **Se promoverá la participación de actores comunitarios para el acompañamiento y/o seguimiento. Se promoverán visitas domiciliarias por parte del equipo de salud.**

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

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

Posibles situaciones en los casos de embarazo no deseado- no aceptado: antecedentes psiquiátricos, se reitera el aborto como método anticonceptivo, violación o violencia doméstica, no cuenta con redes de sostén, coinciden situaciones de crisis vitales o eventos traumáticos, no hay acuerdo en la pareja, intromisiones importantes a nivel familiar, expresa ambivalencia y duda acerca de la decisión.

SEGUIMIENTO

El seguimiento puede ser realizado por ginecólogos/as, obstetras parteras y médicos/as con formación.

El número de consultas obstétricas de la adolescente con un embarazo normal debe ser de al menos seis con un inicio temprano y la siguiente frecuencia⁵⁹:

- Mensualmente hasta la semana 32
- Quincenalmente hasta la semana 36
- Semanalmente hasta el parto

Esta secuencia deberá adaptarse a las necesidades de la adolescente y a las consideraciones específicas del equipo de salud. Se debe favorecer que la adolescente consulte siempre que sienta la necesidad.

La OMS⁶⁰ destaca que el control del embarazo adolescente obtiene mejores resultados cuando es realizado por un equipo interdisciplinario.

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

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

Contenidos a abordar en las instancias educativas individuales y colectivas:

- Derechos y responsabilidades. Derechos sexuales y reproductivos, derechos de las usuarias y derechos de los/as adolescentes.
- Derechos consagrados en las leyes nacionales.

59 Guías en salud sexual y reproductiva - Capítulo: Normas de Atención a la Mujer Embarazada . Capítulo: Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio - Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género . DIGESA. MSP. Uruguay. 2007

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

- Información sobre el parto, trabajo de parto, parto, nacimiento y puerperio: informar sobre el derecho de optar por la posición de parto a utilizar.
- Prevención de violencia doméstica.
- Hábitos saludables y conductas preventivas:
 - ▶ El autocuidado en salud, posiciones corporales, sueño y descanso, la higiene
 - ▶ Detectar y desalentar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
 - ▶ Salud bucal, prevención de infecciones dentarias e higiene bucal.
 - ▶ Importancia del conocimiento y práctica de la estimulación temprana prenatal (apego madre – hija/o y padre – hija/o).
 - ▶ Nutrición – alimentación: enfermedades nutricionales deficitarias y alimentarse sanamente. Despistaje de anemia; si se confirma, deberá tratarse.
 - ▶ Ácido fólico preconcepcional y en las primeras semanas de la gravidez.
- Cambios del cuerpo durante la gestación.
- Sintomatología que responde a condiciones fisiológicas, lo que disminuirá la ansiedad, angustia y consultas. Síntomas y signos fisiológicos y patológicos de cada trimestre.
- Sintomatología que podría corresponder a condiciones patológicas, lo que promoverá la consulta temprana.
- Transformaciones psicológicas, en los vínculos familiares y sociales durante el embarazo, y el cuidado de ambas personas luego del alumbramiento.
- Sentimientos contradictorios, incertidumbres y dudas. Temores e inseguridades del embarazo: fantasías, mitos, creencias, miedo al parto, a la muerte, al dolor.
- Sexualidad y afectividad. Características específicas de esta etapa.
- ITS: uso del condón durante el embarazo. Es importante que en las acciones orientadas a los/as adolescentes, se trabaje el derecho a exigir un diagnóstico de VIH e ITS, ya que cuanto antes sean diagnosticadas y tratadas, mejor es la perspectiva de vida y salud.
- Anticoncepción post parto.
- Amamantamiento y lactancia natural: según normas del MSP. Transmitir técnicas de amamantamiento.
- Control neonatal y vacunación del RN.
- Reincorporación al sistema educativo y/o laboral.

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

PARTO:

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

Las presentes guías por dirigirse al primer nivel de atención no abordan en profundidad la atención del parto, la que debe realizarse según las pautas del MSP⁶¹.

La OMS propone 10 principios⁶² que deberían ser considerados en el cuidado del embarazo, parto y puerperio:

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

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

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

61 Guías en salud sexual y reproductiva - Capítulo: Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio - Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. DIGESA. MSP. Uruguay. 2007.

62 *Ibídem*.

En este último caso o cuando la adolescente ha expresado dudas o dificultades para hacerse cargo del recién nacido, el equipo deberá respetar su voluntad de acercamiento o no a el/la bebé, no favoreciendo el apego ni el amamantamiento. Se interna en sala separada, brindar acompañamiento psicosocial basado en la desculpabilización, esclarecimiento, asesoramiento y atención personalizada al bebé. Se procederá de acuerdo a las pautas protocolizadas⁶³. En el caso de decidir el desvínculo continuar el acompañamiento y seguimiento luego de la separación.

PUERPERIO:

Se trata de un período de suma importancia desde el punto de vista biopsicosocial⁶⁴. Su atención deberá realizarse según los lineamientos del MSP⁶⁵. A continuación se presentan consideraciones específicas para la adolescencia.

En función de las características de esta etapa de la vida, los servicios de salud deberán brindar a las adolescentes madres y los adolescentes padres espacios grupales e individuales para la preparación y acompañamiento durante esta etapa.

Actividades para acompañar la paternidad/maternidad ⁶⁶

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

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

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

65 Guías en salud sexual y reproductiva - Capítulo: Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio - Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género DIGESA. MSP Uruguay. 2007.

66 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) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Serie OPS/FNUAP N° 2.

Durante el puerperio es fundamental informar y orientar sobre:

- Cuidados personales y puericultura
- Fomentar tempranamente el apego madre-padre-hijo/a
- Fomentar el alojamiento conjunto inmediato y la lactancia materna.
- Paternidad y maternidad adolescente.
- Identificación civil del recién nacido/a.
- Anticoncepción y doble protección para prevenir la repetición de un embarazo no planificado,
- Inserción educativa y/o laboral.
- Identificar situaciones de violencia.

Los controles puerperales deberán tener algunas características que han mostrado ser exitosas en el primer nivel de atención a la salud⁶⁷:

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

Normativas y pautas sobre embarazo, parto, puerperio y amamantamiento

1. Ley 16104, Lactancia. 2 descansos de media hora durante un lapso fijado por el Instituto Nacional del Menor a través de sus servicios médicos
2. Ley 17215, Gravidéz y cambio de tarea. Toda trabajadora pública o privada que se encuentre en estado de gravidéz o en período de lactancia tendrá derecho a obtener un cambio temporario de las actividades que desempeña, si las mismas, por su naturaleza o por las condiciones en que se llevan a cabo, pudieren afectar la salud de la progenitora o del hijo
3. Ley 11577, Prohibición de despido- Decreto Ley 8950. Se prohíbe el despido de la trabajadora grávida o que ha dado a luz. Obligación de conservarle el puesto de trabajo, si retorna en condiciones normales. En caso de despido: indemnización especial de 6 meses de sueldo acumulable a la común.
4. Ley 15084, Licencia por maternidad. 6 semanas antes y 6 semanas después del parto. Licencia suplementaria por enfermedad: máximo 6 meses
5. Ley 16045, Prohíbe suspensión y despido por motivo de embarazo o lactancia.
6. Ley 17386, Ley de acompañamiento al parto y nacimiento. Toda gestante tendrá derecho a ser acompañada durante el trabajo de parto y parto (vaginal o cesárea).
7. Acta 34 resolución del CODICEN del 1 mayo de 1999: régimen especial de control de asistencias para estudiantes embarazadas o en puerperio.

67 Normas de Atención de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. IMAN Servicio. Capítulo embarazo En: Salud del Niño y del Adolescente. OPS. Washington D.C. 2005

ITS/VIH

Las ITS son un problema de salud pública en el mundo y en Uruguay la sífilis y el VIH presentan una tendencia creciente⁶⁸. Con respecto al VIH, la relación hombre/mujer ha pasado de 9 a 1 en 1991 a aproximadamente 3 a 1 en el 2005 y está afectando a la población más joven de 15 a 34 años⁶⁹. Por lo cual se deben orientar y fortalecer las acciones en esta población en el marco del SNIS.

Los servicios de salud de adolescentes deberán:

- Garantizar el acceso universal, equitativo y con continuidad a las acciones de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento de ITS y VIH.
- Brindar información y asesoramiento en ITS - VIH, uso correcto del preservativo, tests diagnóstico, tratamientos y/o derivación en caso VIH al centro de referencia correspondiente.

Todas estas acciones deben regirse por las normas y guías clínicas del MSP - Programa Prioritario ITS SIDA – DIGESA (ver tabla al final del capítulo).

68 Departamento de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública (DEVISA). Dirección General de la Salud. MSP. Uruguay. 2008

69 Estos datos deben observarse a la luz de una mayor oferta del diagnóstico del VIH en las mujeres embarazadas ya que en nuestro país existe la obligatoriedad de ofrecerles la prueba de detección del VIH previo consentimiento informado según decreto del Poder Ejecutivo de 19 97. Se destaca que las mujeres son más vulnerables para contraer las ITS/VIH por razones biológica, epidemiológicas, socioeconómicas y por la construcción social de género

1. Promoción de salud y prevención de ITS

<ul style="list-style-type: none"> • Estudios recientes muestran la presencia de mitos y prejuicios con respecto a las ITS y el VIH en el imaginario social. Los mismos favorecen falsas creencias, la discriminación acerca de las personas con VIH, asimismo ubican a las ITS como algo ajeno, “que no les va a suceder”. • Existen importantes barreras socioculturales para la utilización del preservativo, generadas principalmente en la socialización de género. Aunque se conozcan las vías de transmisión y se maneje información, no necesariamente se pone en práctica ese conocimiento. Por lo tanto, es necesario realizar una tarea educativa en salud que incluya a la pareja para prevenir la reinfección. 	
<p>1. Medidas preventivas para la transmisión sexual:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la idea de que el condón es el único método de doble protección; anticonceptivo y preventivo de ITS/VIH, contextualizado según cada adolescente y sus prácticas sexuales. • La orientación, escucha y el procedimiento de entrega de preservativos a los/as adolescentes debe realizarse siguiendo las Directrices para la entrega de métodos anticonceptivos y preservativos/condones a usuarios/as del Sistema Nacional Integrado de Salud MSP, 2009. Ver también el apartado de Anticoncepción de estas guías. • La población adolescente debe acceder fácilmente al mismo, como un insumo y una práctica necesaria de la salud. Se entregará un mínimo de 15 condones por mes por persona, siguiendo las directrices de entrega a usuarios, MSP, 2009. • Ampliar la estrategia de distribución a través de Máquinas Expendedoras, a partir de un análisis de segmentación del mercado. • El condón masculino podrá ser demandado en el marco de una consulta o fuera de la misma. Se debe trabajar en la consulta la colocación y uso correcto del preservativo/condón. • El condón femenino se ofrece y brinda en especial -considerando el resultado del Programa Piloto implementado en el país en 2007⁷⁰- y ha demostrado ser bien aceptado por trabajadoras sexuales, mujeres privadas de libertad y a mujeres con ITS. En el caso de las adolescentes y considerando su escasa difusión, si bien no ha tenido buena recepción se deberá evaluar cada caso. • En la adolescencia, las parejas estables son muchas veces de pocos meses, por tanto es fundamental considerar esta vía de transmisión y el uso del condón incorporado en sus prácticas sexuales en forma permanente. El profesional de la salud procurará trabajar con la adolescente cómo “negociar” la exigencia del uso del condón, ya que la construcción de género muchas veces las coloca en forma pasiva ante la negativa de su pareja. Asimismo, deberá trabajar con el adolescente en esta misma línea de la negociación y corresponsabilidad.

70 Estudio Piloto 2007. Programa Prioritario ITS/SIDA/Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género DIGESA. MSP. Uruguay/ ONGs y sector público trabajando con mujeres. Capacitación, elaboración de material didáctico, distribución y supervisión de su uso en mujeres.

<p>2. Medidas preventivas para la transmisión sanguínea</p>	<p>La forma de transmisión del VIH por esta vía en el 98% de los casos, es el uso compartido los utensilios en el consumo de drogas. Se deberá abordar con especial énfasis las estrategias de disminución del riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No compartir las jeringas ni agujas en el consumo de drogas inyectables ni la cuchara o cualquier objeto utilizado para jalar la cocaína. • No compartir instrumentos corto punzantes al hacerse un tatuaje o al ponerse un piercing • Derecho a exigir el uso de materiales descartables, por ejemplo a la hora de realizarse un tatuaje o colocarse un piercing, al darse una inyección. • Brindar información para el caso de accidentes en la vida cotidiana. • Fortalecer el uso del condón en cualquier situación de consumo excesivo.
<p>3. Medidas preventivas para la transmisión vertical</p>	<p>Realizar orientación y escucha según las Directrices Básicas para la Realización de Consejería/Orientación en VIH /Sida.-. MSP-DIGESA-PPITS/Sida; OPS; CICT) –Uruguay 2006</p> <ul style="list-style-type: none"> • Señalar a la adolescente embarazada, la necesidad del control en su centro de atención a la salud, lo antes posible y durante todo su embarazo. Procurar que su pareja/s sexual/es, concorra por lo menos dos veces para el control (en el primer y tercer trimestre), para promover así un mejor embarazo y parto y salud para el recién nacido/a. • Uso del preservativo durante el embarazo, en especial cuando se ha diagnosticado una ITS/VIH y no se ha logrado captar, diagnosticar y tratar a su pareja sexual. • Hacer conocer a la adolescente embarazada que exigir el diagnóstico de VIH y de sífilis es un derecho y un deber hacia sí misma y hacia su hijo/a. Es obligatorio ofrecer a toda mujer embarazada el test del VIH (Decreto Nº 295/97). El momento privilegiado de hacer el ofrecimiento del test es principalmente en la consulta de captación, promoviendo el ejercicio de una sexualidad plena y sin riesgos. • Se deberá realizar el test rápido de sífilis a la adolescente con embarazo presuntivo o confirmado en 1er o 3er trimestre si no tiene resultado de rutinas/ primer control en población con alto riesgo de exposición (usuaria de drogas o pareja de usuario de drogas, mujer con más de una pareja sexual en el transcurso del embarazo, mujer con compañero con otras parejas sexuales en los 6 últimos meses). Aplicación del flujograma para el uso del test rápido para profilaxis de sífilis congénita y de VIH. • Realizar tratamiento de ITS, en especial de sífilis durante el embarazo, parto y amamantamiento, de las adolescentes y de su/s pareja/s sexual/es.

3. Medidas preventivas para la transmisión vertical	<ul style="list-style-type: none"> • Recordar que el VIH puede ser transmitido a través de la leche materna y por tanto si no puede amamantar por ser seropositiva para el VIH, es necesario recurrir a la leche sustituta que entrega el Sistema Nacional Integrado de Salud. No se debe recurrir al amamantamiento de una “comadrona” “vecina” o “madre de leche”. También se debe desestimular esta práctica en adolescentes sin VIH, pues la “comadrona” puede ser portadora del virus. • Promover la vacunación de la Hepatitis B como forma de prevención. La vacuna está indicada en: las parejas seronegativas de portadores de AgHBs, adolescentes, grupos de riesgo por vía sexual y/o sanguínea.⁷¹ Para el caso de la Hepatitis C, evitar los embarazos durante el tratamiento y hasta 6 meses después, según la Guía referida anteriormente.
--	---

2. Detección y tratamiento de ITS.

Deben realizarse según las pautas del MSP⁷² y ⁷³.

A continuación se presentan lineamientos para la orientación y escucha en la adolescencia.

Orientación y escucha frente a sospecha de ITS⁷⁴

A las pautas presentadas en el apartado de orientación y escucha de estas guías, se suman las siguientes consideraciones específicas:

- Partir de conocimientos previos sobre ITS detectados a través de las siguientes preguntas: ¿sabes que es una ITS?, ¿cuáles conoces?, ¿cómo te parece que se transmite de una persona a otra?, ¿sabes que problema puede traer en la persona que las padece?
- Informar sobre las ITS, etiología, vías de transmisión, síntomas y signos, métodos de prevención y promoción de autocuidado y cuidado del otro/a, desarrollo de habilidades para la negociación, ser portador de una ITS no protege de otras.
- Dialogar sobre :
 - ▶ 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.
 - ▶ importancia de que hable de este tema con la pareja o parejas.
 - ▶ Importancia de la consulta temprana ante la aparición de los primeros síntomas.
- **Desestimular la automedicación.**

71 Guía para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles de Notificación Obligatoria. Departamento de Epidemiología. DIGESA. MSP. Uruguay. 2006

72 Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico. Infecciones de Transmisión Sexual. Programa Prioritario ITS/SIDA. DIGESA. MSP. Uruguay. OPS. 2009.

73 Profilaxis y tratamiento de la infección por el VIH en pediatría. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Programa Prioritario ITS/ SIDA. DIGESA. MSP. Uruguay. OPS. 2006

74 “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. Serie OPS/FNUAP No. 2. Adaptación PNSA - MSP.

3. Orientación y escucha pre y post test de VIH

Deberán realizarse según las directrices del MSP ⁷⁵.

Dada la importancia del tema y la necesidad de realizar un abordaje diferente en función de la complejidad de esa etapa vital que implica mayores dificultades para los/las adolescentes con VIH, es que se presentan los siguientes cuadros con pautas específicas. Las mismas deberán ser ampliadas con las directrices del MSP mencionadas.

Pautas para la orientación y escucha previa a la prueba de VIH⁷⁶

- Promover la autorreflexión sobre comportamientos de riesgo para generar la necesidad de conocer si está infectado/a.
- Preparar ante la posibilidad del resultado del diagnóstico positivo.
- Facilitar la toma de posición frente a la posible infección por VIH.
- Detectar factores de riesgo.
- Informar sobre: diferencia entre VIH y SIDA, vías de transmisión, vías de prevención, hábitos saludables con énfasis en el uso del condón, posibles resultados de la prueba (negativo, positivo o indeterminado) y características del tratamiento.
- Preguntar si el/ella pudieron haberse infectado, cuál considera que será el resultado.
- Tener consideraciones específicas para las adolescentes embarazadas (ver apartado correspondiente).

Pautas para la orientación y escucha posterior a la prueba de VIH positiva⁷⁷

- Facilitar la toma de posición frente al impacto del resultado positivo.
- Brindar contención y un espacio para:
 - ▶ expresar sus sentimientos, preocupaciones, inquietudes, miedos y la autorreflexión para la toma de decisiones relativas al seguimiento y al cambio de comportamientos de riesgo.
 - ▶ procesar los cambios y gestionar las crisis que incluya las dificultades de la infección: discriminación por parte de la sociedad, ausencias repetidas a los centros de estudio y/ trabajo por controles médicos, administración de la medicación en tiempo y forma, acompañar la decisión de compartir su situación serológica con pareja, familia y entorno.
 - ▶ informar desde un enfoque de género y derechos sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva, VIH, ITS, anticoncepción y uso del preservativo para el sexo genital, oral y anal.
- Promover la autonomía y el empoderamiento para el respeto de sus derechos como persona con VIH.
- Brindar acompañamiento psicosocial a cargo de equipo capacitado.
- Habilitar la orientación y escucha entre pares.
- Capacitar para seguir el tratamiento y los controles.

75 Directrices Básicas para la realización de consejería/ orientación en VIH/SIDA. Programa Prioritario ITS/SIDA. DIGESA. MSP. Uruguay. 2006. Incluyen un apartado específico para la población adolescente.

76 "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. Serie OPS/FNUAP No. 2.

77 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. Serie OPS/FNUAP No. 2.



4. Tratamiento integral de adolescentes con ITS

Deberá realizarse según las directrices del MSP⁷⁸.

Los servicios deberán promover espacios individuales y/o grupales de acompañamiento psicosocial para adolescentes huérfanos por el VIH y adolescentes con VIH, cuyas características serán abordadas en el TOMO II

Normativas y pautas

- 1988 Decreto del Poder Ejecutivo N° 233/988 que establece la obligatoriedad del Control de Sangre y hemoderivados para ser utilizados en todo el País a efectos de detectar el virus del SIDA.
- En 1990 se creó el Centro de Referencia del SIDA Pediátrico, control y tratamiento de las embarazadas en el Hospital Pereyra Rossell.
- Decreto del Poder Ejecutivo 17/92: Se declara el 29 de Julio de cada año el Día Nacional de Lucha contra el SIDA.
- Circular 58/93 del Ministerio de Salud Pública que establece que todo paciente portador de una Tuberculosis deberá ser estudiado por test serológico del VIH y aplicación de la quimioprofilaxis a los VIH positivos de acuerdo a las pautas.
- Decreto del Poder Ejecutivo 146/94 en el que se incluye en el Código Nacional de Enfermedades de Denuncia Obligatoria al VIH.
- Decreto 317/ 994 del Poder Ejecutivo en el que se reglamenta que todos los laboratorios clínicos deberán implementar un Programa de Bioseguridad para minimizar los riesgos y efectuar una efectiva prevención de los accidentes laborales⁷⁹
- Decreto N° 158/ 97. Establece el ofrecimiento de la prueba de detección del VIH a toda mujer embarazada previa a su consentimiento informado. Dicho consentimiento también deberá ser realizado para su tratamiento en caso de que la mujer embarazada resulte VIH positivo.

78 Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico - Infecciones de Transmisión Sexual. MSP – DIGESA - Programa Prioritario ITS - SIDA. Setiembre. 2005.

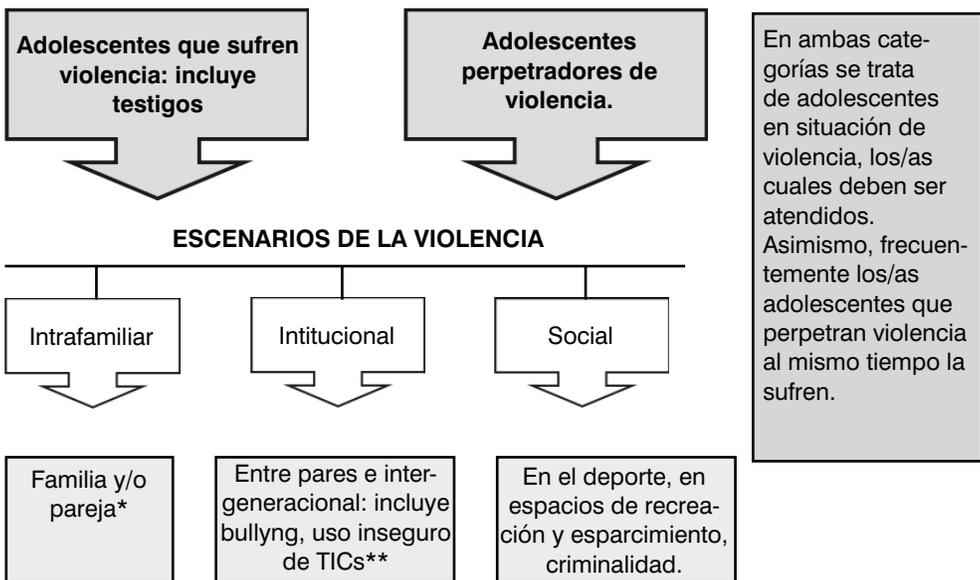
79 Guías para la Profilaxis Post Exposición (PPE) accidental ocupacional a sangre y fluidos corporales en trabajadores de la salud. Infecciones transmitidas por sangre y fluidos biológicos en áreas asistenciales. Programa Prioritario ITS/SIDA. MSP. Uruguay. OPS. 2009.

- Ord. No.430/12 agosto 1998 En cuanto al implementación de acciones preventivas referentes al contralor del VIH en mujeres embarazadas, el Ministro de Salud Pública, resuelve: Artículo 1: “El consentimiento informado al que hacen referencia los decretos 1 y 2 del Decreto 158/97, deberá registrarse adecuadamente en la historia clínica de la paciente, la cual firmará de conformidad conjuntamente con el técnico actuante”. Señalando en este mismo el algoritmo de diagnóstico y verificación del resultado del diagnóstico de VIH y de la identidad de la mujer embarazada.
- Decreto N° 99/98. Incluye los procedimientos de bioseguridad a tenerse en cuenta en la práctica odontológica.
- La Resolución N° 171/1997 que incluye la cobertura universal de medicamentos antirretrovirales a todos los enfermos de Sida tanto en el sector público como el privado.
- En el 2002, se incorpora en el Programa de Sida la sección vinculada a las Infecciones de Transmisión Sexual, denominándose entonces actualmente Programa Prioritario de ITS / SIDA. Este Programa depende del Área Programática, de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.
- En el 2005 a raíz de varias denuncias de discriminación, se actualizaron las pautas técnicas a tener en cuenta para disminuir los factores de riesgo ante situación de cadáveres. Decreto No.239/2005; Ref. 001-1387/2005.- Reglamento Técnico para Disminuir los Factores de Riesgo, controlar y prevenir la transmisión de agentes infecciosos de cadáveres de personas fallecidas a consecuencia de dichos agentes. Carácter obligatorio en todo el territorio nacional.
- Decreto No.87/2008; Publicado en Diario Oficial No.255/2008, creación de la Comisión Nacional de Lucha Contra el Sida (CONASIDA) intersectorial e interministerial. Consejo consultivo de coordinación, presentación de propuestas e incidencia en la políticas públicas respecto al VIH/sida.
- Profilaxis y Tratamiento de la Infección por el VIH en Pediatría.- Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-Sida) MSP-DIGEA-PPITS-Sida; OPS.- Uruguay 2006
- Guías para el Diagnóstico, Tratamiento Antirretroviral y Monitorización de Adultos y Embarazadas.- Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-Sida) MSP-DIGESA-PPITS-Sida; OPS.- Uruguay 2006
- Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico.- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)-MSP-DIGESA-PPITS/Sida; OPS.- Re edición Uruguay 2009-09-06
- Directrices Básicas para la Realización de Consejería/Orientación en VIH /Sida.- El mejor camino para la prevención, tratamiento y adherencia. MSP-DIGESA-PPITS/Sida; OPS; Centro Internacional de Cooperación Técnica(Brasil) –Uruguay 2006.

Violencias

La violencia en sus múltiples expresiones constituye un grave problema social, de salud pública, de seguridad ciudadana y de derechos humanos.

A continuación se presenta una clasificación de los posibles tipos de violencia que deben atender los equipos de salud. La violencia autoinfligida (comportamientos suicidas y autolesiones), es abordada en el apartado sobre salud mental.



*La violencia en la pareja se detecta desde los vínculos de noviazgo más tempranos, por lo que es fundamental que los equipos de salud atiendan esta dimensión en la atención a adolescentes. Algunas señales de comportamiento son los aspectos vinculados a la toma de decisiones (incluidas las sexuales y reproductivas), la libertad vs el control en el uso de ropa, en las salidas, en el gasto del dinero, en el vínculo con los demás, control a través de teléfono o mensajes de texto, entre otros. A estas deben sumarse indicadores de violencia física, emocional, sexual y patrimonial.

** Diferentes formas de violencia (acoso, extorsión, amenaza, humillación) mediadas por las nuevas tecnologías de la información y la comunicación que pueden darse tanto en el espacio institucional, intrafamiliar o social.

En los diferentes escenarios la violencia podrá ser de tipo:

- Física
- Psíquica
- Sexual (comercial y no comercial)
- Patrimonial
- Negligencia - privaciones - desatención

Sugerencias para el abordaje:

El Primer Nivel de Atención deberá desarrollar **acciones de promoción, prevención, detección, atención y evaluación**. En función de esta última se definirá si se desarrollará una estrategia de prevención secundaria o de atención especializada. El primer caso es de competencia del primer nivel de atención, el segundo se deberá referir y articular acciones con otros niveles o instituciones.

Dada la complejidad y multicausalidad de la problemática, el Ministerio de Salud Pública en concordancia con las recomendaciones de otras instituciones⁸⁰, plantea valerse del modelo ecológico de desarrollo humano de Urie Bronfenbrenner como modelo explicativo del fenómeno desde el cual diseñar las acciones. El mismo plantea los siguientes niveles:

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

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

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

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

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

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

También deberá integrarse en todos los niveles del modelo, el enfoque de género para la comprensión de la problemática y el desarrollo de las intervenciones. Los modelos hegemónicos de masculinidad y femineidad que impregnan los procesos de socialización determinan los patrones de relacionamiento, vínculo, resolución de los conflictos, y por lo tanto la construcción y el aprendizaje de la violencia a nivel individual y social.

80 Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS. 2002.

PROMOCIÓN y PREVENCIÓN

La acción a favor de la no violencia así como la promoción de la consulta a tiempo, puede ser el inicio del proceso de mejora de la calidad de vida de el o la adolescente

- Desarrollar actividades de capacitación dirigidas a los equipos de salud. Esto es una responsabilidad institucional y su organización es una función del equipo de referencia en VD.*
- Brindar información y asesoramiento sobre la temática, en el marco de la consulta.
- Desarrollar estrategias de comunicación y educación intra servicio y en comunidad en articulación con otros servicios (apoyadas en materiales disponibles en salas de espera y consultorios).
- Implementar actividades para fortalecer el rol de las y los adolescentes como agentes de cambio en su propia familia y con sus grupos de pares.
- Promover la participación de los y las adolescentes en espacios de la comunidad y de las instituciones, y en la toma de decisiones de asuntos sociales, familiares y personales que les competen.
- Promover espacios de promoción de salud tanto de carácter puntal como permanente vinculados a otros temas que forman parte de la prevención de la violencia (sexualidad, relaciones de género e inter generacionales, autoestima, autocuidado y mutuo cuidado, noviazgo, pautas de crianza, entre otros).
- Desarrollar acciones de promoción de salud y prevención de la violencia dirigidas a adultos referentes de adolescentes, atendiendo las relaciones de la población adulta entre sí y con las y los adolescentes.
- Incluir la temática en las actividades dirigidas a todos los grupos poblacionales, de modo de prevenir la violencia inter generacional y el desarrollo de vínculos no violentos.

*Las actividades de formación proveerán el marco conceptual, metodológico y estrategias a desarrollar que se compartirán en el equipo, enmarcándose en el enfoque de derechos. Esto posibilitará la revisión de posturas personales y colectivas que conlleva a la consecuente modificación de las prácticas profesionales y estilos de relación con las y los adolescentes cuando así sea necesario.

“La capacitación favorece la visualización y reflexión acerca del tema, mejora los resultados, apoya al profesional de la Salud y favorece la aplicación de criterios de confidencialidad y seguridad”⁸¹.

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

DETECCIÓN y ATENCIÓN:

- El abordaje de la temática deberá realizarse a solas con el/la adolescente, de modo de asegurar un espacio de privacidad, confidencialidad, respeto y confianza que posibilite su expresión.
- Las historias clínicas de todas las adolescentes mayores de 15 años deben contar con el formulario de violencia doméstica del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP que servirá de guía para la detección de posibles situaciones de violencia.

Si bien muchas veces las y los adolescentes en situación de violencia están buscando la oportunidad para hablar del tema, es el profesional de la salud quien tomará la iniciativa para preguntar habilitando el diálogo. Un momento oportuno, es en la propia consulta de control o seguimiento en salud: al abordar temáticas vinculadas a su familia, sus vínculos, su sexualidad y su participación en instituciones, indagar sobre posibles situaciones de violencia que el/la adolescente pueda estar sufriendo, perpetrando o ambas.

Las estrategias para preguntar pueden ser de diferentes tipos, desde una aproximación directa a otras indirectas. Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ▶ Encontrar el momento adecuado para realizar las preguntas.
 - ▶ Tener presente que la disposición, actitud y lenguaje corporal del profesional son aspectos fundamentales para posibilitar u obturar la expresión del adolescente.
 - ▶ Sentirse cómodo/a con la estrategia de preguntas.
 - ▶ Tener la seguridad de que la forma de preguntar y las interrogantes son comprensibles para el/la adolescente.
 - ▶ Habitualmente las personas en situación de violencia no identifican ciertas situaciones como violentas por lo cual el profesional se debe explicitar que sí lo son.
 - ▶ Es frecuente que los y las adolescentes que sufren, perpetrar o son testigos de violencia aunque comprendan las preguntas, no admitan la situación, debido a la propia condición de secreto que la misma implica, a la vergüenza de admitir que se está en dicha situación, al miedo de lo que sucederá si se da a conocer, sentimientos de ambivalencia, culpa, entre otras posibilidades. Por este motivo, siempre es importante reiterar las preguntas en diferentes consultas, sobre todo a medida que el vínculo entre el profesional y el/la adolescente se consolida.
- Se atenderá tanto a víctimas como a victimarios y testigos.

- La atención a las situaciones de violencia intrafamiliar vividas por las adolescentes mayores de 15 años, se implementarán según las directrices del MSP⁸²
- Cualquier técnico que detecte una situación de violencia deberá articular y trabajar conjuntamente con el equipo de referencia en violencia doméstica (decreto 494/2006 y 299/09), incluso las que no refieran a violencia intrafamiliar. La articulación será realizada en función de la modalidad de trabajo institucional y de las características del equipo de referencia (integración, funcionamiento, especialidades y formación de sus integrantes). El objetivo es promover la coordinación y el trabajo conjunto de dos equipos con fortalezas y experiencia en la temática -adolescencia y violencia-, evitando el desarrollo de estrategias en paralelo y desarticuladas.

Pautas para la intervención:

1. Ante la sospecha:

- Desarrollar una estrategia de preguntas
- Identificar indicadores

2. Ante la revelación:

- Indagar en forma oportuna y pertinente, teniendo presente la dimensión actitudinal.

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

Posibles preguntas a realizar para favorecer la detección, aunque no se esté frente a una sospecha:		
Violencia Intrafamiliar	Violencia Institucional	Violencia Social
<p>¿Cómo son las relaciones con tu familia, entre tu familiares? ¿o con tu pareja? ¿Está todo bien en tu casa? ¿Hay problemas de relacionamiento en tu familia? ¿Te sentís cómodo/a viviendo en tu casa? ¿Hay algo o alguna situación que te incomode o angustie en tu casa o con tu pareja? ¿Hay algún problema que te puede estar afectando a vos? ¿Cuando discuten en tu casa o con tu pareja, sentís miedo? ¿Alguna vez te pegaron, insultaron, humillaron o lo hiciste tú a alguien de tu familia? ¿Fuiste testigo de estos hechos?</p> <p>PAREJA: Al momento de hablar de sexualidad: ¿cómo y quién toma las decisiones sobre el MAC a utilizar o el uso del condón? ¿y sobre las prácticas sexuales, o la forma en que tienen las relaciones sexuales, lo que tienen ganas de hacer y lo que no? ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales obligada/o, o sin tener ganas? ¿Pudiste decirlo? ¿Alguna vez obligaste a alguien a tener relaciones sexuales con vos?</p> <p>Si se detecta algún tipo de lesión o laceración genital o anal, se debe preguntar cómo se produjeron, si fue manteniendo relaciones sexuales.</p>	<p>¿Cómo te llevas con tus compañeros/as de liceo (u otras instituciones de referencia, pertenencia o socialización)? ¿Tenés un grupo de amigos/as? ¿Cómo te llevas con los adultos/as?</p> <p>¿Hay algo que te haga sentir mal o incómodo/a o que te preocupa en esa Institución?</p> <p>¿Alguna vez sentiste miedo o angustia de tener que ir a ese lugar?</p> <p>¿Alguna vez te pegaron, insultaron, humillaron, amenazaron ya sea en persona o a través del facebook, chat, mail? ¿Alguna vez tú lo hiciste aunque sea en broma? ¿fuiste testigo de alguna de estas situaciones?</p>	<p>¿A qué lugares vas o salís? ¿Qué haces con tus amigos/as cuando salen? ¿Alguna vez estuviste en alguna situación de violencia en esos lugares? ¿Qué hacés cuando se generan este tipo de situaciones? ¿Cómo reaccionás? ¿Te da miedo ir a algún lugar en especial o de estar con alguna persona en particular?</p>

Identificación de indicadores físicos y de comportamiento: pueden ser las primeras señales de una posible situación de violencia, deben tomarse en conjunto, en forma contextualizada, pueden alertar para el desarrollo de una estrategia de detección o evaluación a corto, mediano o largo plazo.

Indicadores generales:	Indicadores físicos:	Indicadores de abuso sexual:	Actitudes de las familias:
<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Sometimiento • Comportamientos violentos • Exagerada necesidad de ganar o sobresalir. • Depresión, tristeza. • Aislamiento. • IAE • Manifestaciones emotivas extremas. • Dificultades de concentración. • Descenso en el aprendizaje. • Cambios en el rendimiento escolar, abandono, fracaso. • Enuresis/ encopresis • Observar una actitud hostil, violenta o de miedo respecto al referente adulto o pareja en la propia consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hematomas • Fracturas • Lesiones • Heridas • Falta de cabello • Quemaduras • Presencia de lesiones antiguas y no explicadas. • Afecciones de la piel • Obesidad • Patrón de crecimiento deficiente • Vestimenta inadecuada al clima • Problemas físicos o necesidades no atendidas • Fatiga constante y poca atención • Acuria 	<ul style="list-style-type: none"> • ITS • Sangrados, laceraciones o lesiones en la zona genital o anal. • Infecciones recurrentes en el tracto urinario. • Embarazo muy temprano. • Comportamiento sexual inadecuado para su edad, en su relación con otros/as o en sus juegos. • Conversación de temas sexuales en términos poco adecuados para su edad. • Comportamiento muy seductor u obsesivo en relación a la sexualidad, en conversaciones, dibujos, TV, bromas, etc. • Masturbación compulsiva • Sentimiento de suciedad y necesidad de ducharse varias veces al día. • Cambio repentino de conducta • Baja de rendimiento escolar • Evade o teme a alguien o algún lugar en particular, o quiere pasar demasiado tiempo con determinada persona. • Resistencia a regresar a la casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oculta lesiones o las justifica en forma no convincente. • Describen al adolescente como malo/a, desobediente. • Defiende la disciplina severa y el castigo como pauta de crianza. • Antecedentes de malos tratos y/o abuso. • Consumo problemático de alcohol o drogas • Actitud muy posesiva con el/a adolescente. • Acusa al adolescente de seducción sexual. • Cree que el contacto sexual es una forma de amor familiar. • Minimiza los planteos del/la adolescente.

Indicadores generales:	Indicadores físicos:	Indicadores de abuso sexual:	Actitudes de las familias:
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo problemático de drogas o alcohol • Comportamientos extremos: <ul style="list-style-type: none"> • excesiva o poca actividad • Asume responsabilidades de un adulto • Comportamientos infantiles (inadecuados a la edad) o depresivos • Continuas ausencias o atrasos en la escuela y consulta de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si en el examen físico se detecta lesión o laceración genital o anal, se debe preguntar cómo se produjo; si fue manteniendo relaciones sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Temores nocturnos, pesadillas • Fugas del hogar. • IAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Alegan otro agresor para proteger al miembro de la familia <ul style="list-style-type: none"> • Aterroriza, ignora, aísla, exige en demasía • Apática y pasiva • No parece preocuparse por la situación de el/la adolescente. • Baja autoestima • Severos defectos de higiene y apariencia personal

Fuente: PLEMUU – Programa de Seguridad Ciudadana: Articulación de estrategias desde el derecho de familia y los servicios de salud “Capacitación de funcionarios públicos en atención en violencia doméstica para que actúen como agentes multiplicadores”, Sandra Romano (comp), versión electrónica.

Coordinación:
<p>La articulación de acciones se realizará de acuerdo con la evaluación de riesgos que implica un diagnóstico de situación realizado por un equipo.</p> <p>A tales efectos los servicios podrán:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Desarrollar mapas de ruta en función de sus características y comunidad de referencia. ▶ Contar con un registro actualizado de recursos para coordinar la atención específica. En algunas instituciones la organización y actualización de este registro puede estar a cargo del equipo de referencia. ▶ Establecer mecanismos de coordinación, referencia y contrarreferencia que aseguren el seguimiento de la evolución de las situaciones detectadas.

Los recursos a considerar pueden ser:

- ▶ Otros especialistas de ser necesarios (ginecología, salud mental, etc.)
- ▶ Sistema jurídico- legal⁸³
- ▶ Recursos específicos y no específicos, comunitarios y de otros sectores
- ▶ Internación preventiva de ser necesario
- ▶ En las situaciones de riesgo la acción de los profesionales de la salud en la evaluación, contención, orientación y diseño de un plan de seguridad, es crucial

83 “La legislación vigente en Uruguay habilita a que toda persona que tome conocimiento de una situación de VD pueda denunciarla. Esto no es la práctica recomendada, pero sí estaría indicado en aquellas situaciones en que hay riesgo grave y la persona que está en riesgo no puede asumir su protección personal. De ser necesaria la denuncia desde el sector salud, la experiencia demostró mejor resultado cuando se establecen mecanismos de denuncia desde la institución. A modo de ejemplo: si un médico considera que se necesita hacer la denuncia, informa a las autoridades institucionales y desde la dirección o desde el departamento el jurídico se realiza la gestión acompañada con un informe del técnico que atendió el caso. El proceso de implementación se controlará desde el MSP, se informará periódicamente del número de mujeres incluídas en la estrategia de detección y los resultados obtenidos. Anualmente se realizarán encuestas con fines de diagnóstico epidemiológico, control de la implementación y ajuste de la atención” (Pautas PNSM y G. 2006).

Según el Código de la Niñez y la Adolescencia de nuestro país, Ley Nº 17.823 en relación a situaciones de violencia menciona:

ARTICULO 130°. (Definición).- A los efectos de este título entiéndase por maltrato y abuso del niño o adolescente las siguientes situaciones, no necesariamente taxativas: maltrato físico, maltrato psíquico-emocional, prostitución infantil, pornografía, abuso sexual y abuso psíquico o físico. ARTICULO 131°. (La denuncia).- Ante denuncia escrita o verbal por la realización de cualquiera de las conductas mencionadas en el artículo anterior, la autoridad receptora deberá comunicar el hecho de forma fehaciente e inmediata al Juzgado competente. En todo caso el principio orientador será prevenir la victimización secundaria.

Pautas para la intervención ante la revelación:

- **Evaluación de la situación, posibles preguntas:**

- ▶ ¿Cuánto hace que estás en esta situación?
- ▶ ¿Con qué frecuencia sucede?
- ▶ ¿Cuándo fue la última vez que se registró? ¿Qué sucedió?
- ▶ ¿Quién es la/s persona/s que ejercen violencia o hacia quien/es la ejerces?
- ▶ ¿Hablaste con alguien más de esto?, ¿cuál fue la reacción de esa persona/s?
- ▶ ¿Alguien más está sufriendo esta situación?
- ▶ ¿Qué pensás que se puede hacer desde el servicio de salud o que te gustaría que se hiciera?
- ▶ ¿Hay algo a lo que tengas miedo?

- **Aspectos actitudinales:**

- ▶ Mantener la calma frente al relato.
- ▶ Continuarlo/a con la mirada y el tono de voz.
- ▶ Evitar juicios de valor.
- ▶ No orientar las respuestas, ni realizar preguntas culpabilizantes: ejemplo ¿vos qué hiciste?
- ▶ No inferir conclusiones.
- ▶ Habilitar que se exprese.
- ▶ Reforzar lo bueno que es que lo haya contado.
- ▶ Decirle que le creemos.
- ▶ Responderle a sus inquietudes.
- ▶ Manifestarle que no tiene ninguna culpa.
- ▶ Tratar de disminuir miedos.
- ▶ No victimizar.
- ▶ Agradecerle por su confianza en nosotros/as.
- ▶ Plantearle de que deberán pensar en alguien de su familia o entorno para hablarlo.
- ▶ Aclararle de que buscaremos otras personas que puedan apoyarlo en esta situación.
- ▶ Apoyarle en la identificación de recursos personales.
- ▶ Explicarle que la información que nos dio debemos transmitir a otros/as. Definir a quién con el acuerdo del/ la adolescente. Manejar la información con prudencia y confidencialidad.
- ▶ No crear falsas expectativas.
- ▶ Prepararlo/a en relación al proceso posterior.
- ▶ Propiciar espacios para continuar con el proceso.
- ▶ Si es inevitable que salga de su casa o que sea internado, explicitar que es por su protección y no por castigo.

Las situaciones de violación, deberán ser atendidas, en lo posible, siguiendo los lineamientos del protocolo elaborado por el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género y el Programa Prioritario ITS SIDA, DIGESA – MSP 2009:

PREVENCIÓN DE EMBARAZO:

- **Levonorgestrel 0.75mg**
2 comprimidos en dosis única o
1 comprimido cada 12 horas en dos dosis
- **En su defecto utilizar el Método de Yuzpe**
50mcg Etinil Estradiol + 250mcg Levonorgestrel
2 comprimidos VO cada 12 horas en dos dosis o
4 comprimidos VO dosis única
30mcg Etinil Estradiol + 150mcg Levonorgestrel
4 comprimidos VO cada 12 horas en dos dosis u 8 comprimidos VO dosis única

RECOLECCIÓN DE SECRECIONES (sólo si existe acción médico-legal)

- Aspirar secreciones con jeringa sin aguja de fondo de saco vaginal y enviar a laboratorio para detección de ADN, espermatozoides y microbiológico.
- Para cavidad bucal, si no hay secreciones o en violación anal usar hisopo de algodón y fijar en papel filtro estéril.
- Guardar en sobre lacrado a temperatura ambiente o heladera. No usar sobre de plástico ni fijadores.
- Asegurar cadena de custodia de muestra de ADN.

PREVENCIÓN DE VIH

- Iniciar tratamiento preventivo antes de las primeras 6 horas
- **Zidovudine (AZT) 300mg** VO cada 12 horas por 4 semanas
- **Lamivudine (3TC) 150mg** VO cada 12 horas por 4 semanas
- **Saquinavir 1000mg** VO cada 12 horas por 4 semanas
- **Ritonavir 100mg** VO cada 12 horas por 4 semanas
- Si no dispone esta medicación derivar a Instituto de Higiene con resumen de caso clínico e indicación médica.

PREVENCIÓN DE ITS

- **Penicilina G Benzatínica 2.400.000 UI** IM dosis única
- **Ciprofloxacina 500mg** VO dosis única
- **Metronidazol 2000mg** VO dosis única*
- **Azitromicina 1000mg** VO dosis única*

* En personas con patología gastroduodenal evitar monodosis

PREVENCIÓN DE HEPATITIS B En mujeres no inmunizadas indicar:

- Inmunoglobulina Humana Anti Hepatitis B 0.06ml/kg IM
- Vacuna Anti Hepatitis B 20mcg IM a los 0-1-6 meses

Accidentes

El accidente es un analizador social, “síntoma” de otros problemas que sufre la comunidad sometida a transformaciones vertiginosas y de escasa visibilidad social: alta tecnologización de la vida cotidiana, cultura de lo inmediato, confianza ligada a la fe en la máquinas. Estas transformaciones impactan también en la forma de ser, pensar y actuar de las y los adolescentes.

Las primeras causas de muerte en la población adolescente en Uruguay son las calificadas como “causas externas de morbilidad y mortalidad”⁸⁴ es decir, las derivadas de lesiones no intencionales: accidentes y las derivadas de las lesiones intencionales: suicidios y homicidios.

Estudiadas las defunciones por causas externas en la adolescencia y juventud (10 a 24 años), en el período 2005-2007 en nuestro país⁸⁵, se concluye que:

- Tienen un perfil marcadamente masculino: cuatro de cada cinco que fallecen son varones.
- Las defunciones se dan mayoritariamente en verano.
- Seis de cada diez son del interior de nuestro país.

La primera causa de defunción de personas entre los 10 y 24 años son los **accidentes de tránsito**, con el 28% de los casos.

En la adolescencia temprana, estudiando las causas de defunción en forma algo más detallada, se nomina también al **ahogamiento**.

Accidentes de tránsito

Definidos como enfermedad no transmisible de la época moderna, son un complejo problema. Es la interrupción brusca de la circulación de un vehículo producido por conducta inadecuada de los individuos que produce lesiones o daños en bienes.

Los siniestros de tránsito producen una de las mayores cargas de morbimortalidad; nuestro país no es ajeno a esta epidemia mundial.

84 Programa Nacional de Salud Adolescente. DIGESA. MSP. 2007

85 Esponda, F. “Mortalidad por causas externas en Jóvenes y Adolescentes. 2005-2007. Uruguay”. Documento de circulación interna. Unidad de Información Nacional de la Salud. DIGESA. MSP. Montevideo. 2009



Más de medio millar de fallecidos y más de 100 millones de dólares americanos en atención de lesionados, son algunos de los desproporcionados guarismos que arrojan anualmente los accidentes de tránsito en el Uruguay.

Dentro de este grupo de edad, los **varones jóvenes** (peatones, ciclistas, motociclistas, conductores principiantes y pasajeros) tienen una probabilidad aproximadamente **tres veces mayor de morir o sufrir traumatismos en las carreteras** que las mujeres jóvenes.

Hace años ya que la OMS destacó esta realidad como un problema prioritario de salud, de causa multifactorial y cuyo **principal responsable es el factor humano** en más del 90 % de los casos, seguida del **factor vial** y en menor proporción el **factor mecánico y medioambiental**.

Uno de los principales problemas al abordar esta temática es que la creencia popular considera que son producidos por el azar, la fatalidad o la inevitabilidad, lo que hace que toda acción de prevención no se internalice por la carga de resignación que esto conlleva. Sin embargo, un siniestro se produce cuando aún habiendo tomado todas las precauciones falla uno de los tres factores causales anteriormente mencionados, no es dependiente del destino, es evitable, es prevenible y no es accidental.

El Factor humano es responsable del 90% de los accidentes de tránsito*

- García , M. Muertes en accidentes de tránsito Centro Nacional sobre violencia.Colombia.2002

Causas dependientes del factor humano⁸⁶ :

- **impericia** (desconocimiento de la normativa).
- **imprudencia**: presente en el 70% de los casos:
 - ▶ alcohol y drogas, implicados en la mitad de accidentes donde hay defunciones y en la tercera parte de accidentes con lesionados
 - ▶ hacer caso omiso a las señales de tránsito
 - ▶ exceso de velocidad
 - ▶ manejar cansado
- **negligencia**.

86 Vázquez, R. Causas de los accidentes de tránsito desde una visión de la medicina social. El binomio alcohol - tránsito. Revista Medica. Uruguay. 2004

Medidas de Promoción y Prevención: se deben tomar en cuenta las variables sociales, legales, técnicas y sus múltiples relaciones⁸⁷	
Promoción de estilos de vida saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima. • Autocuidado y cuidado mutuo. • Analizar los estereotipos de género, principalmente el de masculinidad. • Fortalecimiento de la comunicación. • Habilidades para la vida.
Educación vial sostenida en el marco normativo que obligue a su cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Continua desde los primeros años de vida. • Con la participación de adolescentes. • Que contemple los ámbitos familiar y educacional. • Sustentada en las redes sociales.
Reducción de la siniestralidad vial individual	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar consumos de alcohol y drogas cuando se maneja. • Evitar acompañar a conductor que a consumido alcohol o drogas. • Evitar el exceso de velocidad • Estimular uso del casco • Estimular uso del cinturón de seguridad para todos los pasajeros del vehículo. • Evitar uso de celulares, auriculares, música a volúmenes elevados. • Evitar el consumo de “mate” en los medios de transporte. • Seguimiento de adolescentes con “accidentalidad repetida” • Seguimiento de adolescentes con vulnerabilidad emocional: trastornos de conducta, impulsividad y otros. • Estimar la habilitación para conducir cuando existen tratamientos con psicofármacos.
Reducción de la siniestralidad vial colectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Correcto estado y señalización vial. • Inspección de automotores para su correcto funcionamiento. • Curso de manejo defensivo y avanzado. • Registro nacional de conductores. • Capacitación de personal inspectivo. • Implementación de sistema de atención a accidentados.

⁸⁷ Es necesario tener presente que la estimación del riesgo en la adolescencia es de difícil valoración y por otro lado, muchas veces la búsqueda del mismo y la transgresión de límites incide en las conductas asumidas por los y las adolescentes.

Nunca olvidar al tránsito como hecho “social”, todos somos en la vía pública y es donde debemos entender que “la libertad (de circular) de uno termina donde comienza la del otro”⁸⁸.

“Que las personas adopten hábitos, conductas y comportamientos adecuados en el tránsito, requiere que el entorno social, legal, cultural, económico y ambiental les de soporte”⁸⁹.

Ahogamiento

La OMS calcula que en el mundo y en el año 2000 falleció una persona por minuto por este motivo aproximadamente y que el 97% de los ahogamientos accidentales se producen en países con bajos o medios ingresos⁹⁰.

Es la segunda causa de muerte debida a lesiones no intencionales; especialmente peligrosa ya que por cada muerte se producen alrededor de seis urgencias no mortales por ahogamiento. La proporción lesión no mortal-fallecimiento es mucho mayor que la observada en otros tipos de lesiones, incluidos los accidentes de tránsito (150:1)

La morbilidad es mucho mayor entre los supervivientes de ahogamiento principalmente por las secuelas neurológicas.

Medidas de Promoción y Prevención

- Promover el aprendizaje de la natación
- Evitar baños y/o nadar en zonas desconocidas, sin vigilancia (bañados, arroyos, tajamares, lagos artificiales)
- Exigir en zonas de baños la presencia de socorristas o salvavidas
- Conocer habilidades de reanimación básica
- Vigilar el estado de las piscinas, sobre todo las de uso familiar
- Contar con dispositivos de flotación o chaleco salvavidas en la embarcación
- Evitar el consumo de alcohol y drogas al salir a nadar, navegar o practicar deportes acuáticos
- Señalamiento de zonas de baños: boyas, delimitación de áreas de baño, disponibilidad de dispositivos de salvamento y señales llamativas
- Conocer las condiciones climáticas y la previsión meteorológica antes de navegar o salir a nadar o practicar otros deportes acuáticos

88 Facello, L. Los accidentes de tránsitos y la importancia de dos segundos. www.mtop.gub.uy/transporte/ Los AT.php

89 Vázquez, R. Op.cit

90 Callas, H. Ahogamiento y lesión por inmersión. En: Nelson . Tratado de Pediatría de Kliegman; Behrmang; Jonson; Stanton. 18 Ed.Elsevier Saunders. España. 2009.

Son factores de riesgo:

- edad: 15 -19 años
- sexo: masculino
- accesibilidad a distintos medios acuáticos
- consumos de alcohol y drogas
- uso de embarcaciones con desconocimiento de la técnica de natación y navegación
- enfermedades concomitantes: epilepsia, discapacidades mentales, motoras y sensoriales graves
- eventos estresantes previos: duelo, dificultades importantes en el área afectiva, de los estudios o el trabajo

El seguimiento de adolescentes que hayan sufrido accidentes debe incluir una adecuada referencia y contrarreferencia de manera de seguir vinculado a su espacio de atención habitual y a su entorno.

Debe brindarse atención al accidentado, a su entorno próximo y a los testigos del accidente.

Bibliografía

- Aberasturi, A.; Knobel, M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1999.
- Abracinskas, L.; Arrambide, E.; López, A.; Quesada, S. A un año de Gobierno Progresista. Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva. CNS Mujeres. Montevideo. 2006.
- Amorío, D.; Carril, E.; Varela, C. Maternidades y paternidades en adolescentes. En: Proyecto: género y generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I. Ed. Trilce. Montevideo. 2006.
- Análisis del sector salud. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. Edición Especial N° 9 OPS. 2005.
- Barrán, J. P. Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo II. El disciplinamiento, Ed. Banda Oriental. Montevideo. 1991.
- Barreiro, L.; Quesada, S. Relevamiento de mecanismos y políticas públicas en el Uruguay para la igualdad de las mujeres y la equidad de género. Puntos de partida. Instituto Nacional de las Mujeres. Ministerio de Desarrollo Social. PNUD. UNIFEM. Montevideo. 2006.
- Blum, R.; Mmari, W. Risk and Factors affecting Adolescent Reproductive Health. Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH). World Health Organization. Geneva. 2006.
- Briceño, G.; Pignatiello, A. Orientación individual en Salud Sexual y Reproductiva Adolescente. Ed. AVESA. Venezuela. 2002.
- Brusset, B. Psicopatología del Adolescente. En: Tratado de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Lebovici, Diatkine, Soule. Ed. Biblioteca Nueva. España. 1998.
- Callas, H. Ahogamiento y lesión por inmersión. En: Nelson. Tratado de Pediatría de Kliegman, Behrmang, Jenson, Stanton. 18 Ed. Elsevier Saunders. España. 2009.
- Características epidemiológicas de una población que accedió al Programa de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero. Comisión Nacional de Lucha contra el Cáncer. Montevideo. 2005.

- Castellano, G.; Hidalgo, N.; Redondo, A. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. Ed. Ergon. Madrid. 2004.
- Catan, Andreina. Crecimiento y Desarrollo Puberal durante la Adolescencia. Curso Salud y Desarrollo del Adolescente. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2006.
- Cornellá, J.; Canals, I.; Llusent Guillemet, A. La relación médico-paciente. La entrevista clínica. En: Castellano Barca M. Hidalgo V. Redondo I. Romero A.M. Medicina de la adolescencia. Atención Integral Cap 2. Ed. Ergon. Madrid. 2004.
- IV Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing. 1995.
- Declaración y Programa de acción Conferencia Mundial de Derechos Humanos Viena. 1993.
- De Barbieri, T. Certezas y malos entendidos sobre la categoría género. Estudios básicos en derechos humanos IV. Ed. IIDH. Costa Rica. 1996.
- D'elia, Y.; Maingon, T. La equidad en el desarrollo humano: estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad. Documento para la discusión. Informe sobre desarrollo humano en Venezuela. Ed. Torino. PNUD. Venezuela. 2004.
- Directrices básicas para la realización de consejería/orientación en VIH /Sida. El mejor camino para la prevención, tratamiento y adherencia. Programa Prioritario ITS/SIDA. DIGESA. MSP. OPS. CICT. Uruguay. 2006.
- Directrices para la entrega de métodos anticonceptivos y preservativos/condones a usuarios del SNIS. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Programa Prioritario ITS SIDA, Programa Nacional de Salud Adolescente. DIGESA. MSP. Uruguay. 2009.
- Documento Final de la Cumbre Mundial 2005. Asamblea General de las Naciones Unidas. 24 de octubre de 2005.
- Documento Interno de Directrices y lineamientos en prestaciones en salud sexual y reproductiva. Dirección General de Secretaría (DIGESE). MSP. ASSE (Administración de

los Servicios de Salud del Estado). Uruguay. 2008.

- Dulanto Gutiérrez, E. Perfil del médico que atiende adolescentes En: Ribas, J. M. y cols. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana. Ed. Ascune. Buenos Aires. 2005.
- Encuesta nacional de reproducción biológica y social de la población uruguaya. Una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones. MSP - INE - IMM - UdelaR - MYSU - PNUD - UNFPA. Uruguay. 2005.
- Esponda, F. Mortalidad por causas externas en Jóvenes y Adolescentes 2005 -2007 Uruguay. Documento de circulación interna. Unidad de Información Nacional de la Salud. DIGESE. Programa Nacional de Salud Adolescente. DIGESA. MSP. Uruguay. 2009.
- Estrategias y lineamientos para la acción en VIH SIDA con HSH. ONUSIDA. Bogotá. 1999.
- Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. OPS. Unidad Género. Washington, D.C. OPS/PALTEX. 2004.
- Fernández, A. M. “La pobreza y la maternidad adolescente”. En: “La Mujer de la Ilusión”, Ed. Paidós, Buenos Aires.1993.
- Foucault, M. Historia de la Sexualidad. Tomo I. Ed. Siglo XXI. México. 1978.
- Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. DIGESA. MSP. Uruguay. 2005.
- Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Normas de atención a la mujer en el proceso de parto y puerperio. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. DIGESA. MSP. Uruguay. 2007.
- Guías para la Profilaxis Post Exposición (PPE) accidental ocupacional a sangre y fluidos corporales en trabajadores de la salud. Infecciones transmitidas por sangre y fluidos biológicos en áreas asistenciales. Programa Prioritario ITS/SIDA. MSP. Uruguay. OPS. 2009.

- Guía para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria. Departamento de epidemiología. DIGESA. MSP. Uruguay. 2006.
- Guías para el diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización adultos y embarazadas. Infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-Sida) Programa Prioritario ITS/SIDA. DIGESA. MSP. OPS. Uruguay. 2006.
- González A. C. El UNFPA y los procesos de cambio en los sistemas de salud: orientaciones estratégicas para América Latina y el Caribe, Ed. Centro de Comunicación Virginia Wolf. Cotidiano Mujer. Uruguay. 2007.
- Grela, C.; López Gómez, A. Salud y Género. Talleres Educativos. Manual para Equipos de Salud. Ediciones IMM - FNUAP. Montevideo. 1998.
- Güida, C.; Ramos, V.; Vitale, A. Conocimiento y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. En: Proyecto: género y generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I". Ed. Trilce. Montevideo. 2006.
- Hunt, P. Relator Especial. Informe. Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Comisión de Derechos Humanos. E/CN.4/2004/49. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. 2004.
- Jenkins, R. Problemas de salud especiales en la adolescencia. En: Nelson Tratado de Pediatría de Kliegman; Behrman; Jenson y Stanton. 18ª Ed. Elsevier Saunders. Barcelona España. 2009.
- Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS 2002.
- Lamas, M. "Cuerpo: diferencia sexual y género". En: Debate Feminista. Año 5. Vol. 10. Setiembre. México. 1994.
- Lamas, M. "Qué generó el género. En: Mujeres al Timón de la Función Pública. De: Zarate M. Gall O. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir A. C. México. 2004.

- López, A.; Amorío, D.; Benedit, L.; Carril, E.; Celiberti, L.; Güida, C.; Ramos, V.; Vitale, A. Adolescentes y sexualidad: significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004). Cátedra Libre en Salud reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología. Udelar. UNFPA. Montevideo. 2005.
- López Gómez, A.; Benia, W.; Contera, M.; Güida, C. Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Ed. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología. Udelar. Fundación Mexicana para la Salud. UNFPA. Montevideo.2003.
- Manual para la actividad física. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (CHSCV) Sociedad Uruguaya de Medicina del Deporte (SUMD).
- Manual de oncología para el primer nivel de atención. Un puente entre los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de los especialistas y el primer nivel de Atención. Programa Nacional de Control del Cancer .DIGESA. MSP. Uruguay. 2008.
- Martins, S.; Curtis, K.; Glasier, A. Combined hormonal contraception and bone health: a systematic review. Contraception, Volume 73. Issue 5. 2006.
- Moreno, E. Política de salud del adolescente. En: Módulo 1 de Curso de Educación a distancia en Salud Integral de Adolescentes (EDISA). Universidad de Buenos Aires. 1992.
- MYSU. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2007 y 2008. MYSU. Montevideo 2008.
- Normas de atención integral de la salud en la adolescencia. Área de la Mujer y Niñez. DIGESA. MSP Uruguay. 2003.
- Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. IMAN Servicios. Cap. Embarazo En: Salud del Niño y del Adolescente. OPS. Washington D.C. 2005.
- Normativa de atención sanitaria y guías de práctica clínica de la ordenanza 369/04 del MSP. “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”. MSP. Uruguay. 2004.

- Norma para la evaluación nutricional de los 6 a los 18 años. Unidad de Nutrición. Ministerio de Salud. Chile. 2002.
- Obiols, G.; Di Segni Obiols, S. Adolescencia, posmodernidad y escuela: la crisis de la enseñanza media. Ed. Noveduc. Buenos Aires. 2008.
- Objetivos de desarrollo del Milenio en Uruguay. Naciones Unidas Uruguay.
- Observación general No. 14. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. 2000.
- Orientación para el equipo de salud del primer nivel de atención de salud. Salud Bucal de las Gestantes y niños/as de 0 a 36 meses. Programa Nacional de Salud Bucal. DIGESA. MSP. 2008.
- Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico. Infecciones de Transmisión Sexual. Programa Prioritario ITS - SIDA. DIGESA. MSP. Uruguay. 2005.
- Pautas para el abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos para el primer nivel de atención. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. DIGESA. MSP. Uruguay. 2006.
- Pérez Manrique, R. Conferencia: Derecho a la Confidencialidad. Marco Legal. En: Jornada: Primer encuentro nacional de espacios adolescentes. Programa Nacional de Salud Adolescente. DIGESA. MSP. Gurises Unidos. Uruguay 2008.
- Plan Nacional de Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial hacia niños, niñas y adolescentes 2007-2010. Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial hacia niños, niñas y adolescentes del Uruguay. Uruguay. 2007.
- Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, la Adolescencia y la Salud Reproductiva 2000 -2003. Ministerio de Salud Pública. OPS. Montevideo. 2000.

- Plan Nacional de lucha contra la violencia doméstica 2004 -2010. Presidencia de la República. Uruguay. 2003.
- Plataforma de acción. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. CAIRO.1994.
- Primer plan nacional de igualdad de oportunidades y derechos. Políticas públicas hacia las mujeres: 2007-2011. Instituto Nacional de las Mujeres. Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay. 2007.
- Profilaxis y Tratamiento de la Infección por el VIH en Pediatría. Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-Sida). Programa Prioritario ITS/SIDA. DIGESA. MSP- OPS. Uruguay. 2006.
- Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas. MSP - JND. IMPO. 2007.
- Programa Nacional de Salud Adolescente. DIGESA. MSP. Uruguay 2007.
- Programa Nacional de Salud Bucal. DIGESA. MSP. 2008.
- Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. DIGESA. MSP. Uruguay. 2007.
- Programa Prioritario ITS SIDA Plan Estratégico 2006 - 2010. DIGESA. MSP. Uruguay. 2007.
- Protocolos para el manejo del sistema logístico de anticonceptivos y condones. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Programa Prioritario ITS SIDA. Programa Nacional de Salud Adolescente. DIGESA. MSP. Uruguay. 2009.
- Proyecto Género y Generaciones. Reproducción Biológica y Social de la población uruguaya. Tomo I. Estudio Cualitativo. Una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones. MSP-INE-IMM. MYSU. PNUD. UNFPA. Uruguay. 2006.

- 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). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Argentina. Serie OPS/FNUAP N° 2.
- Ribas, José M^a y cols. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana. Ed. Ascune. Buenos Aires. 2005.
- Rights into Action. IPPF, carta sobre derechos sexuales y reproductivos. UNFPA. 2005.
- Roldán, C. Atención clínica de adolescentes y jóvenes. En: Ricardo Da Rosa y col. Adolescencia. Ed. FADA (Fundación Argentina de Adolescencia) Buenos Aires. 2002.
- Rudolf S , Maresca I. Incorporación de la variable etnia/raza en las estadísticas vitales en el Uruguay. OPS. Montevideo. 2005
- Scout, J. El género, categoría útil para el análisis histórico. En: El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Lamas, M. Ed. Pueg. México. 1996.
- Segundo Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos entre mujeres y varones, Montevideo 2007 – 2010. Secretaria de la Mujer. Intendencia Municipal de Montevideo.
- Tercer consenso uruguayo de hipertensión arterial en el niño y el adolescente. Archivo de Pediatría del Uruguay. 2006.
- Valdés Rodríguez, J. Examen físico del adolescente. En: Castellano Barca, M.; Hidalgo V. Redondo I. Romero A. M. Medicina de la adolescencia. Atención Integral Cap 4. Ed. Ergon. Madrid. España. 2004.
- Vázquez, R. Causas de los accidentes de tránsito desde una visión de la medicina social. El binomio alcohol- tránsito. Revista Médica. Uruguay. 2004.
- Zubarew, T. Evaluación clínica del adolescente. Diploma Desarrollo y Salud Integral del Adolescente. Pontificia Universidad Católica de Chile. UC Virtual. 2008.

Sitios Web Consultados

- www.who.int/reproductive-health
- www.msp.gub.uy
- www.escuela.med.puc.cl
- www.who.int/topics/mental_health/es
- www.adolescencia.org
- www.parlamento.gub.uy
- www.undp.org.uy
- www.unhchr.ch/huridocda
- www.hchr.ch/ybs/doc.nsf

Leyes y Decretos

- Ley 18.426. Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.
- Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Ley 18.131. Reforma del Sector Salud.
- Ley 18426. Normas relacionadas a la Salud Sexual y Reproductiva.
- Ley 18335. Determina derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los Servicios de Salud.
- Ley 18104. Declara de interés nacional las actividades relacionadas a la igualdad de derechos entre hombres y mujeres.
- Ley 17823. Aprueba Código de la Niñez y Adolescencia.
- Ley 17817. Lucha contra el racismo, xenofobia y toda forma de discriminación.
- Ley 16137. Aprueba Convención sobre los Derechos del Niño de Nueva York 1989.
- Ley 17.817. Contra el racismo y la xenofobia.
- Ley 17.215. Normas para trabajadoras públicas o privadas en estado de gravidez o período de lactancia.
- Ley 17.386. Derecho de toda mujer a estar acompañada por una persona de su confianza durante el tiempo que dure el trabajo de parto.
- Ley 16.104. Licencias de Funcionarios Públicos.
- Ley 16.045. Prohíbe discriminación que viole el principio de igualdad de oportunidades para ambos sexos en cualquier sector de la Actividad Laboral.
- Ley 15.084. Creación de Asignaciones Familiares.
- Ley 11.577. Industrias insalubres. Horarios, normas e indemnizaciones.
- Ley 8950. Confirma normas internacionales de trabajo. OIT.

- Dec. 295/09. Válido en todo el territorio nacional el Carné del y de la adolescente.
- Dec. 87/08. Procesamiento y conservación de alimentos, bebidas y tabaco.
- Dec. Determinación de residuos de medicamentos veterinarios.
- Dec. 239/05. Tarifas de peajes en rutas nacionales.
- Dec. 99/98. Organización de registros públicos.
- Dec. 295/97. Pesquisa de VIH en todo el territorio nacional a toda persona embarazada, previo consentimiento informado.
- Dec. 158/97. Horarios y turnos de farmacias en el Departamento de Montevideo.
- Dec. 317/94. Reglamento de bioseguridad de funcionamiento de laboratorios y servicios de Hematología en el Sistema de Salud.
- Dec. 146/94. Atención de Mujeres en situación de violencia doméstica.
- Dec. 17/92. Control de ingreso al país de personas que provengan de la Argentina, solamente se exigirá el documento de identidad.
- Dec. 406/88. Disposiciones reglamentarias sobre seguridad, higiene y salud ocupacional.
- Dec. 233/88. Control de sangre a utilizar en todo el país a efectos de detectar portadores del virus del VIH.

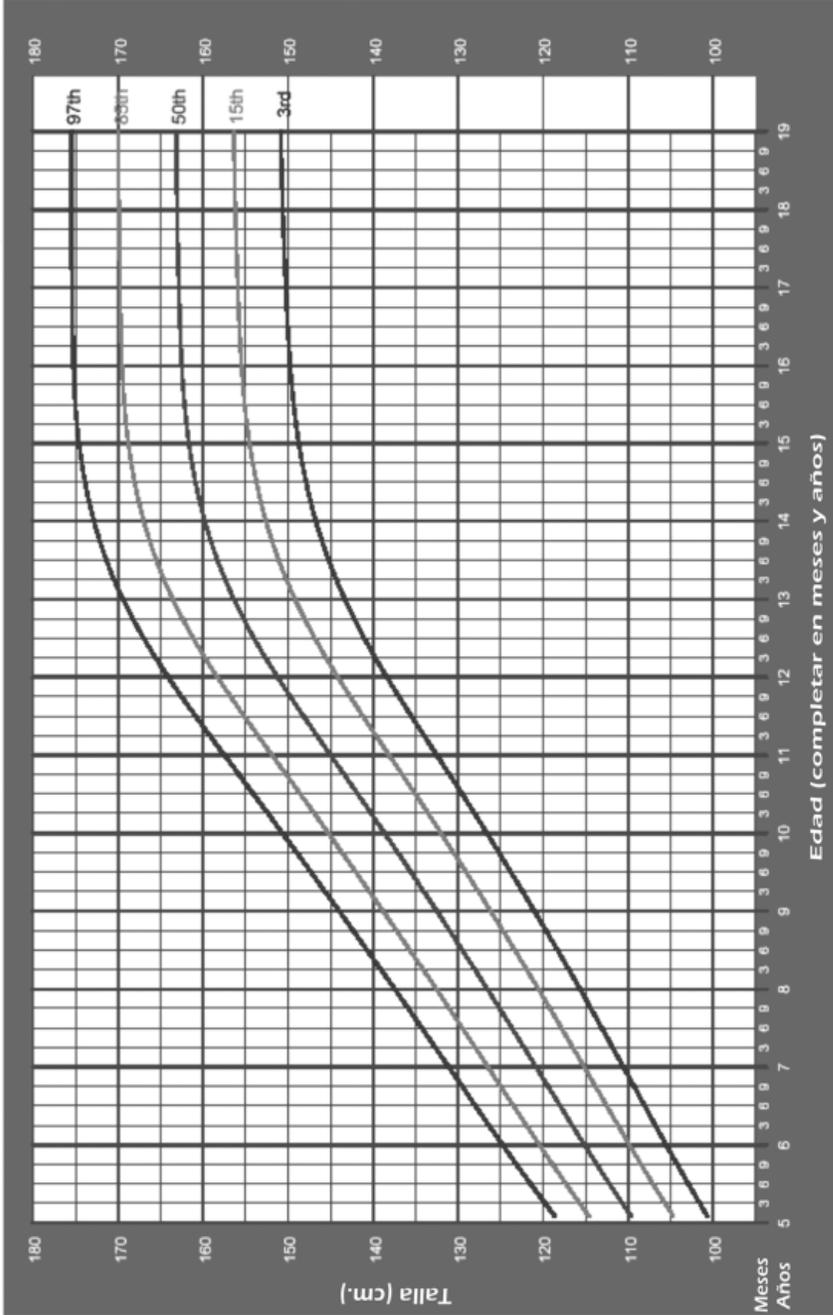
Anexos

- Gráficas de talla e IMC femenina y masculina. OMS.2007.
- Tabla de Presión Arterial
- Grados de Desarrollo Puberal
- SIA , Historia clínica
- Instructivo de uso del Carné
- Carné del Adolescente Femenino
- Carné del Adolescente Masculino

Anexos

TALLA / edad NIÑAS

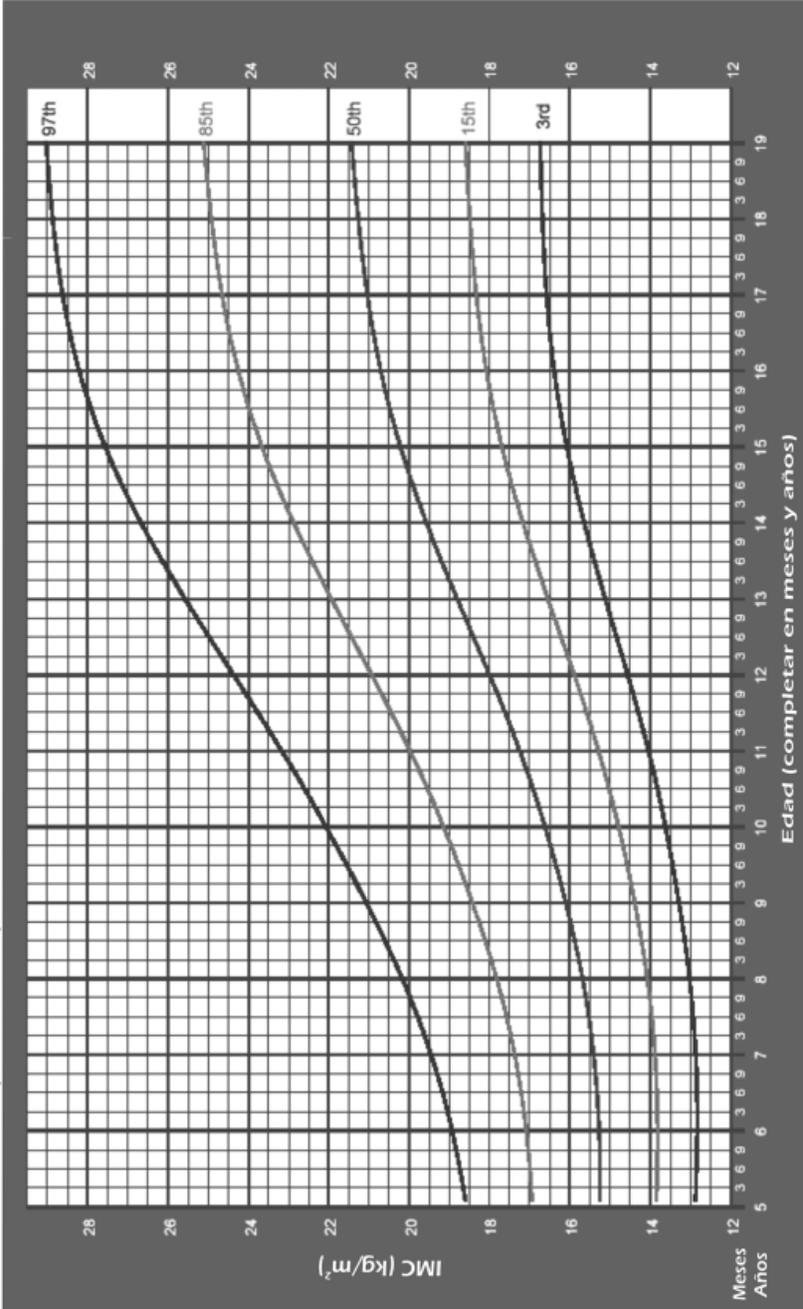
5 A 19 años (percentiles)





IMC / edad NIÑAS

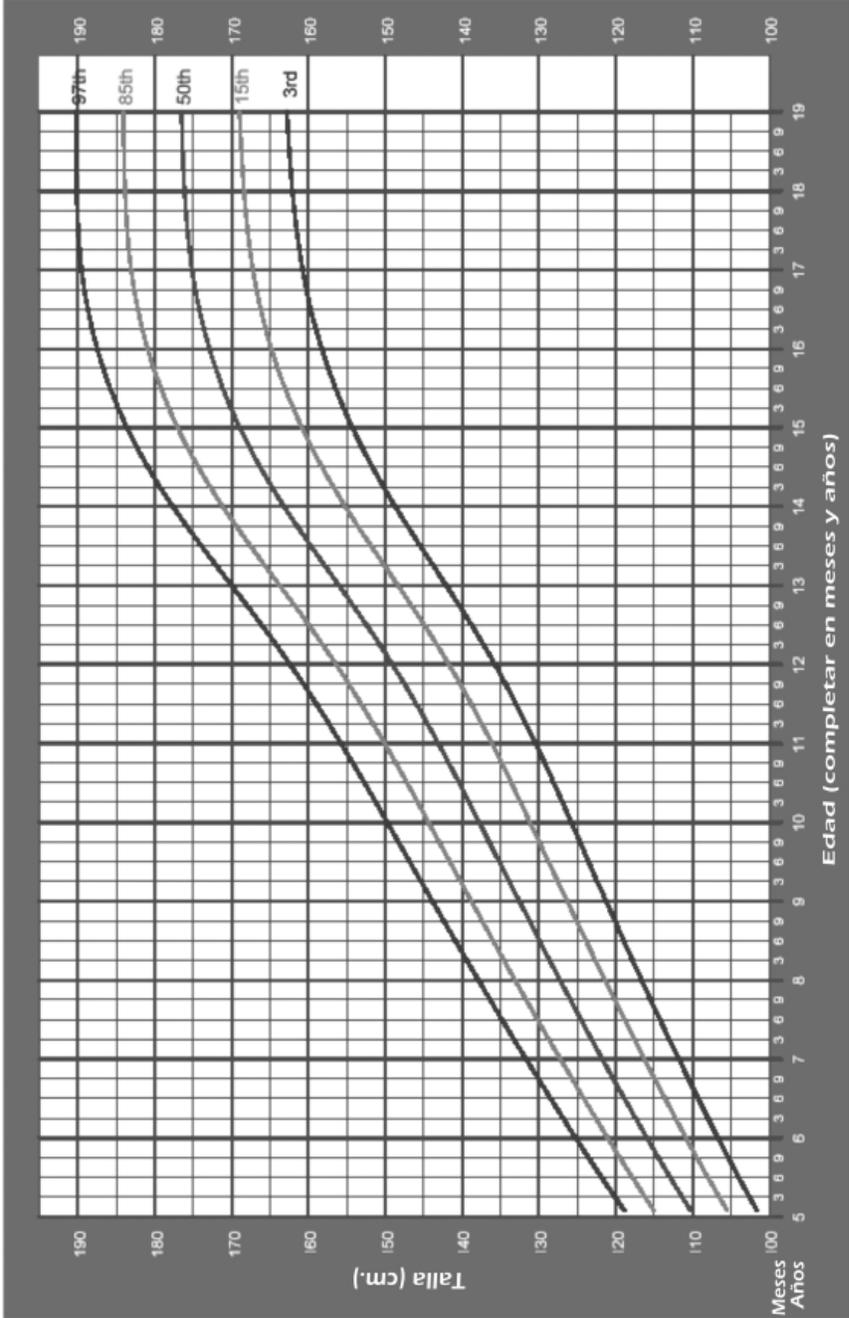
5 A 19 años (percentiles)



2007 WHO Reference

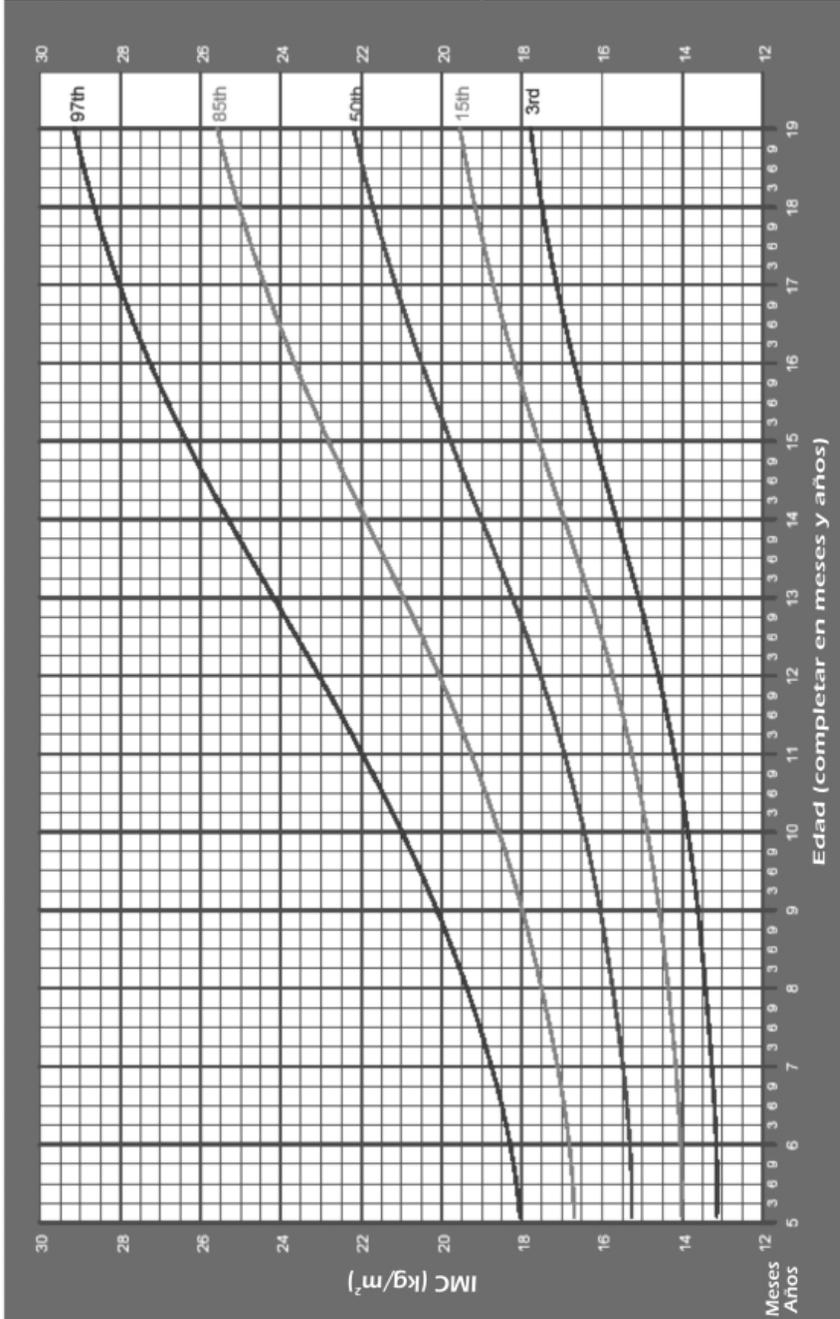
TALLA / edad NIÑOS

5 A 19 años (percentiles)



IMC / edad NIÑOS

5 A 19 años (percentiles)



NIVELES DE PA PARA NIÑAS SEGÚN EDAD Y PERCENTIL DE ALTURA															
Edad (años)	Percentil de PA	PAS, mm Hg					PAS, mm Hg								
		Percentil de talla					Percentil de talla								
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	115	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	82	83	84	85	85
9	50	98	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	50	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	6	62	63	63
	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	131	86	86	87	88	88	89	90
13	50	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

NIVELES DE PA PARA VARONES SEGÚN EDAD Y PERCENTIL DE ALTURA															
Edad (años)	Percentil de PA	PAS, mm Hg					PAS, mm Hg								
		Percentil de talla					Percentil de talla								
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	50	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	50	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	50	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50	104	105	106	109	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50	106	107	103	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

GRADOS DE DESARROLLO PUBERAL

Fuente: escuela.med.puc.cl/.../ (XII 09)

Grados de Tanner del desarrollo mamario (Figura 1).

La clasificación del desarrollo mamario, no considera el tamaño ni forma de ella, puesto que estas características están determinadas por factores genéticos y nutricionales.

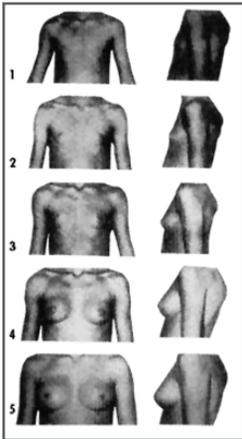


Figura 1

- **Grado I:** o prepuberal, no hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.
- **Grado II:** se palpa tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar ésta. Areola y pezón protruyen juntos, observándose además un aumento del diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario.
- **Grado III:** se caracteriza por crecimiento de la mama y areola con pigmentación de ésta; el pezón ha aumentado de tamaño; la areola y la mama tienen un solo contorno.
- **Grado IV:** existe mayor aumento de la mama, con la areola más pigmentada y solevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).
- **Grado V:** la mama es de tipo adulto, en la cual sólo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.

Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico (para ambos sexos). Figuras 2 y 3.

- **Grado I,** o prepuberal, no existe vello de tipo terminal.
- **Grado II:** existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado en la base del pene o a lo largo de labios mayores.
- **Grado III:** se caracteriza por pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.
- **Grado IV:** el vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.
- **Grado V:** el vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna de muslos. Posteriormente, en el varón el vello se extiende hacia el ombligo; algunos autores esto lo consideran como un grado VI.

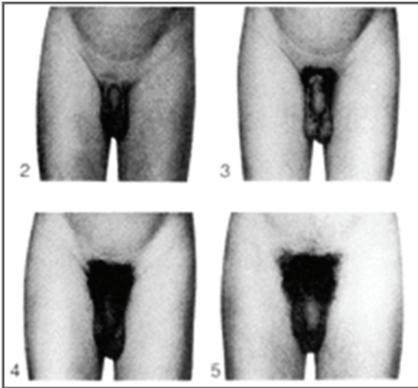


Figura 2

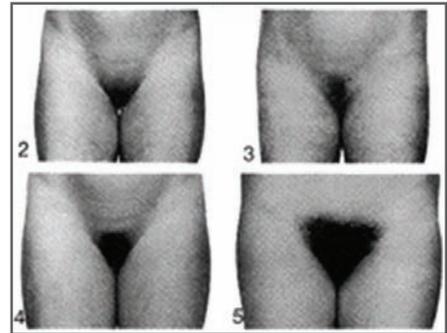


Figura 3

Grados de Tanner del desarrollo genital en el varón. Figura 4.

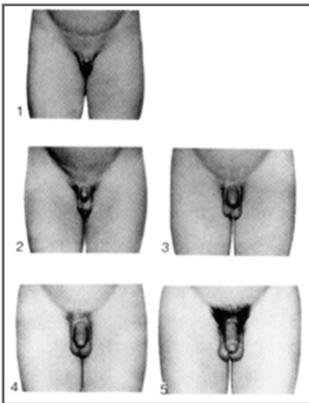


Figura 4

- **Grado I:** los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.
- **Grado II:** el pene no se modifica, mientras que el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2,5 cm en su eje mayor.
- **Grado III:** se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor.
- **Grado IV:** hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.
- **Grado V:** los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4,5 cm.

CLAP/SMR-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE										ESTABLECIMIENTO		H.C. Nº																					
APELLIDOS Y NOMBRES _____										Nº identificación _____																							
DOMICILIO _____												FECHA DE NACIMIENTO																					
LOCALIDAD _____ Código: _____												[] día [] mes [] año																					
LUGAR DE NACIMIENTO _____ TEL: _____ domicilio <input type="checkbox"/> mensaje <input type="checkbox"/>												SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>																					
COBERTURA Y/O PROTECCIÓN SOCIAL <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Celular: _____ Email: _____																																	
CONSULTA PRINCIPAL Nº []										FECHA		EDAD		ESTADO CIVIL		ETNIA		ACOMPANANTE															
Consulta espontánea <input type="checkbox"/> Derivado <input type="checkbox"/> Traído <input type="checkbox"/>										[] día [] mes [] año		[] años [] meses		casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> blanca <input type="checkbox"/> mestiza		solo <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/>															
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>														<input type="checkbox"/> unido <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		pareja <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/>															
Motivos de consulta según adolescente:										1		Motivos de consulta según acompañante:		1																			
2										2		2																					
3										3		3																					
Descripción de motivo de consulta																																	
ANTECEDENTES PERSONALES										PERINATALES normales <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		CRECIMIENTO normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		DESARROLLO normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ALERGIA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		VACUNAS COMPLETAS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ENFERMEDADES CRÓNICAS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ENFERMEDADES INFECCIOSAS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>									
ACCIDENTES <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>										INTOXICACIONES <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		CIRUGIA HOSPITALIZAC. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		USO DE MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PROBLEMAS PSICOLÓGICOS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		VIOLENCIA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EDUCACIÓN PREESCOLAR <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		JUDICIALES <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>									
Observaciones																																	
ANTECEDENTES FAMILIARES										DIABETES <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		OBESIDAD <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		CARDIOVASC. (HTA, cardiopatías, etc.) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ALERGIA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		INFECCIONES <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		CÁNCER <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PROBLEMAS PSICOLÓGICOS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ALCOHOL, DROGAS Y OTROS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		VIOLENCIA INTRAFAMILIAR <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		JUDICIALES <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Observaciones																																	
FAMILIA										DIAGRAMA FAMILIAR										VIVIENDA													
VIVE <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																				ENERGÍA ELÉCTRICA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>													
en la casa <input type="checkbox"/>																				en el hogar: <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/>													
en la calle <input type="checkbox"/>																				AGUA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>													
en instituc. <input type="checkbox"/>																				EXCRETAS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>													
privado de libertad <input type="checkbox"/>																				HACINAMIENTO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>													
CONVIVE CON <input type="checkbox"/> En la casa <input type="checkbox"/> En el cuarto <input type="checkbox"/> En la cama <input type="checkbox"/>																				Observaciones													
madre <input type="checkbox"/>																																	
padre <input type="checkbox"/>																																	
madrastra <input type="checkbox"/>																																	
padrastro <input type="checkbox"/>																																	
hermanos <input type="checkbox"/>																																	
pareja <input type="checkbox"/>																																	
hijo <input type="checkbox"/>																																	
otros <input type="checkbox"/>																																	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN																																	
Padre o sustituto <input type="checkbox"/> Madre o sustituto <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/>																																	
ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/>																																	
años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>																																	
TRABAJO <input type="checkbox"/> Padre o sustituto <input type="checkbox"/> Madre o sustituto <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/>																																	
ninguno <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/>																																	
Apoyo social o subsidio <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> tipo <input type="checkbox"/>																																	
PERCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA																																	
Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>																																	

Este color significa ALERTA

H04ESA04-12-09

- Anexos Programa Nacional de Salud Adolescente

Este color significa ALERTA	EDUCACION		NIVEL No escolariz. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	GRADO CURSO	AÑOS APROBADOS	PROBLEMAS EN LA ESCUELA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	AÑOS REPETIDOS Causa _____	VIOLENCIA ESCOLAR no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Causa _____	EDUCACION NO FORMAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____	
	ESTUDIA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Prim. <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>								
	Centro al que concurre		Observaciones								
	TRABAJO		ACTIVIDAD trabaja <input type="checkbox"/> pasantía <input type="checkbox"/> busca 1° vez <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> no trabaja y no estudia <input type="checkbox"/>	EDAD INICIO TRABAJO años _____ horas por semana _____	TRAB. JUVENIL decente <input type="checkbox"/> precario <input type="checkbox"/> pecos formas de trabajo <input type="checkbox"/>	HORARIO DE TRABAJO mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	RAZÓN DE TRABAJO económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TRABAJO LEGALIZADO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TRABAJO INSALUBRE no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRABAJO	
	Observaciones										
	VIDA SOCIAL		ACEPTACIÓN aceptado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	PAREJA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> edad de la pareja años _____ meses _____	AMIGOS si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD GRUPAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD FÍSICA horas por semana _____	COMPU-TADORA horas por día _____	JUEGOS Y REDES SOCIALES	OTRAS ACTIVIDADES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? _____	
	Observaciones										
	HABITOS		ALIMENTACIÓN ADECUADA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DIA CON FAMILIA	TABACO Frecuente <input type="checkbox"/> Edad años _____ meses _____	ALCOHOL Frecuente si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años _____ meses _____ Edad de inicio años _____ meses _____ Episodios de intoxicaciones si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	OTRA SUSTANCIA cuál? _____ Edad de inicio años _____ meses _____ Episodios de intoxicaciones si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	CONDUCE VEHICULO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____	SEGURIDAD VIAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
	Observaciones										
	GINECO-UROLOGICO		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresp.	CICLOS REGULARES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	DISMENORREA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	INFECCIONES no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____ Tratamiento no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	EMBARAZOS	HUJOS	ABORTOS	
Observaciones											
SEXUALIDAD		PAREJA SEXUAL pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	EDAD INICIO REL. SEX. años _____ bajo coacción si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	DIFICULTADES EN REL. SEX. no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCION condón no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ACO "píldoras" <input type="checkbox"/> Inyectable <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Inició MAC no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> pref. acced. _____ Consejería no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> pref. acced. _____ otro hormonal (anillo, vaginal, parche, etc) <input type="checkbox"/> otro método barrera <input type="checkbox"/> ritmo <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> EQV masc <input type="checkbox"/> EQV fem <input type="checkbox"/>	ACO de Emergencia no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>					
Observaciones											
SITUACION PSICO-EMOCIONAL		IMAGEN CORPORAL <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás <input type="checkbox"/>	ESTADO DE ANIMO <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> angustiado <input type="checkbox"/> retraído <input type="checkbox"/> hostil <input type="checkbox"/>	REFERENTE ADULTO <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/>	VIDA CON PROYECTO <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/>	REDES SOCIALES DE APOYO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	REFERENTE ADULTO Cel.: _____ Tel.: _____				
Observaciones											
EXAMEN FISICO		PESO (Kg) _____ Centil peso/edad _____	IMC _____	PIEL, FANERAS Y MUCOSA	CABEZA	AGUDEZA VISUAL	AGUDEZA AUDITIVA	BOCA Y DIENTES	CUELLO Y TIROIDES		
ASPECTO GENERAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		TALLA (mm) _____ Centil talla/edad _____	Centil IMC _____	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		
TORAX Y MAMAS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CARDIO-PULMONAR <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PRESION ARTERIAL _____/_____/_____ FRECÜENCIA CARDIACA _____ latidos/min	Centil PA _____	ABDOMEN <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	GENITO-URINARIO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TANNER mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>	COLUMNA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	NEUROLOGICO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		
Observaciones											
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL											
INDICACIONES E INTERCONSULTAS											
Responsable _____		Fecha próxima visita _____ día _____ mes _____ año _____									

HDAES/VA-09/09



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
División Salud de la Población
Departamento de Programas
Programa Nacional de Adolescencia



Octubre 2008

Instructivo de uso del carné de el /la adolescente

Este carné es de uso universal en todo el territorio nacional, existiendo un carné para la adolescente y uno para el adolescente

Es propiedad de el /la adolescente y tiende a promover:

- el ejercicio del derecho a la atención de salud
- pautas de autocuidado y cuidado mutuo
- el conocimiento del estado de salud de las y los adolescentes
- la comunicación entre el/la adolescente y los técnicos que lo/la atienden en los servicios de salud u otras instituciones, evitando la replicación de gestiones y acciones.

Su gestión y obtención será **gratuita** en todos los centros de atención a la población adolescente.

La implementación del mismo permitirá una visión longitudinal del estado de salud de las y los adolescentes a través de los **registros de los controles** de salud que se realicen en forma anual.

Toda la información contenida en este carné es **confidencial**, siendo de uso exclusivo de el/la adolescente y de toda persona que él o ella determine.

Deberá ser utilizado como **Certificación de Salud** por las instituciones educativas, servicios de salud, clubes deportivos, INJU y ONGs que trabajen o atiendan adolescentes.

Los datos requeridos serán llenados por el médico integrante del equipo de salud en conjunto con el /la adolescente, teniendo a la vista la historia clínica.

18 de Julio 1892 - 4º piso - Anexo B
Tel.: 402 15 32
saludado@msp.gub.uy

El carné contiene:

Pág. 1: Los datos personales (nombre, cédula de identidad, fecha de nacimiento, domicilio, localidad, departamento, teléfono y celular) pueden ser registrados por el propio adolescente y/o personal técnico o administrativo. Es importante corroborar que los datos estén completos.

Pág. 2: Reúne información general sobre el carné destinada a el/la adolescente, haciendo referencia a sus derechos.

Pág. 3: Reúne aquellos datos que pueden ser requeridos ante una situación de emergencia. Marque con una cruz la presencia de diabetes, asma, epilepsia, hipertensión arterial u otras patologías crónicas.

La opción “otras” requiere ser especificada.

Las opciones “cirugías”, “accidentes”, “deficiencias” o “discapacidad”, además de ser marcadas con una cruz cuando están presentes, requieren que se especifique el tipo.

Se debe verificar la vigencia del CEV con la presentación del mismo o con el registro de éste en la historia clínica.

A solicitud de las y los adolescentes consultados en el proceso de elaboración de este carné, se incluyeron los datos de grupo sanguíneo. Si se cuenta con el dato en la historia, en el carné del niño o perinatal se registrará este dato. La ausencia de este dato no es indicación de paraclínica.

Pág. 4: En esta página se completan algunos antecedentes patológicos personales y/o familiares de interés para orientar diagnósticos y tratamientos.

Pág. 5: Corresponde al control del estado nutricional. Incluye Peso, Talla e IMC (índice de masa corporal) por considerarse un indicador práctico de la salud nutricional. La explicación del cálculo del IMC debiera actuar como facilitador del intercambio con el/la adolescente sobre aspectos vinculados a conductas alimentarias, imagen corporal, autoestima, cuidado de sí y situaciones de riesgo en el estado nutricional.

Págs. 6 y 7: Se registrarán indicadores del estado de salud. En cada uno de los casos se estimulará el intercambio con el /la adolescente recepcionando sus preocupaciones y /o expectativas, informando oportunamente con criterios de promoción y prevención.

Las columnas que están encabezadas por N°: “12”, “13”, “14”, etc. corresponden a “edades” cronológicas.

Se registra luego, la fecha en la que se realiza el control.

Los datos que se solicitan a continuación, se calificarán de acuerdo al uso de un semáforo: “rojo” en situación de riesgo, “amarillo” en situación de alerta y “verde” cuando la situación no presenta problemas.

Pág. 8: Esta página contiene números telefónicos de utilidad y espacios donde registrar otros números telefónicos locales que merezcan interés.

Pág. 9: En el espacio titulado “para no olvidarme” se estimulará el registro de eventos vitales que se consideren importantes (menarca, eyaculaciones, IRS y otros).

Pág. 10: En este espacio “te han informado sobre” se marcará con una cruz cuando el /la adolescente consideren estar informados sobre diversas áreas enumeradas. Acompañan estos datos, algunos mensajes de promoción de la salud.

Pág. 11: Se registrarán en esta página el control efectuado por oftalmólogo a los 12 años según indicación del Programa Nacional de Salud Ocular y los controles efectuados por odontólogo según indicación del Programa Nacional de Salud Bucal.

Pág. 12: Es la última página del carné que certifica la vigencia del mismo. En condiciones de “normalidad” la vigencia máxima será de un año. De lo contrario, frente a situaciones “anormales” o ausencia de control con oftalmólogo al menos a los 12 años y/o con odontólogo en el último año precedente, la vigencia será la que estipule el/la médico/a quien en cualquier circunstancia deberá firmar este documento.

Te han informado sobre:

Marca los espacios cuando consideres que la información que posees es suficiente

En tem de guerra... es saludable y divertido:
 • Para comenzar el día con energía desayunar
 • Para cuidar la sonrisa cepillate los dientes.
 • Moverse (caminar, bicicleta, salir, bailar, practicar deportes) y tomar mucha agua.
 • Dormir por lo menos 8 horas por día.
 • Aprender siempre... respetar y que te respeten y usar el cinturón de seguridad en la jacta y aceptar que te lo digan que te rodeen con los y las amigos/as... y con los que no lo son también

Cambios en la adolescencia
 Familia
 Alimentación
 Actividad física y sedentarismo
 Orientación en estudio y/o trabajo
 Sexualidad
 Salud reproductiva
 Consumo de sustancias
 Accidentes

Controles Sí o Sí !!!

ORTODONCIA (12 años)	Mes Firma	Año	Mes Firma	Año
	Mes Firma	Año	Mes Firma	Año
ORTODONCIA	Mes Firma	Año	Mes Firma	Año
	Mes Firma	Año	Mes Firma	Año

Valido hasta:

MEJORA	Mes Firma	Año	Mes Firma	Año
	Mes Firma	Año	Mes Firma	Año

Ejemplar este carné no es necesario el certificado médico para realizar deportes.
 Para practicar deportes federados o no federados se debe completar este carné con el familiar de acuerdo a la normativa vigente.

Notas

saludado@msp.gub.uy

