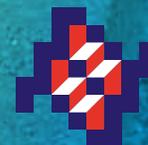


Filipa de Castro
Tonatiuh Barrientos
Mauricio Hernández
Lorena Cruz
Coordinadores

Embarazo adolescente



Instituto Nacional
de Salud Pública

Embarazo adolescente

Primera edición, 2015

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN: 978-607-511-154-4

Este libro se terminó en diciembre de 2015 y estuvo al cuidado de la Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública

Créditos

Curso desarrollado por: Instituto Nacional de Salud Pública, INSP e Instituto Nacional de las Mujeres, INMUJERES

Coordinación general del curso

INSP: Filipa de Castro y Tonatiuh Barrientos, Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional; Mauricio Hernández, Director General / INMUJERES: Lorena Cruz, Presidenta

Coordinación técnica de contenidos

Betania Allen,¹ Tonatiuh Barrientos,¹ Deborah Billings,² Ariela Braverman,¹ Zulema Calderón,¹ Filipa de Castro,¹ Dolores González,¹ Juan Pablo Gutiérrez,¹ Mauricio Hernández,¹ Eduardo Lazcano,¹ Zayra López,¹ Marisela Olvera,¹ Perla Ríos,¹ Rosalba Rojas,¹ Desirée Vidaña,¹ Isabel Vieitez,¹ Aramis Villalobos.¹

1. Instituto Nacional de Salud Pública/National Institute of Public Health, Ciudad de México, D.F. y Cuernavaca, Mor., México

2. Department of Health Promotion, Education and Behavior, University of South Carolina in Columbia, South Carolina and Gillings School of Global Public Health at the University of North Carolina in Chapel Hill, North Carolina, USA. Choose Well Initiative. Advocates for Youth

Consejo asesor de expertos/Advisory board

John Santelli, Chair, Population and Family Health Mailman School Of Public Health, Columbia University, New York, USA

William Smith, Executive Director, National Coalition of Sexually Transmitted Diseases Directors (NCSD), Washington, DC, USA

Rena Dixon, Health Services Coordinator, South Carolina Campaign to Prevent Teen Pregnancy, South Carolina, USA

Suzette Bran, Associate Director, Teen Pregnancy Prevention Initiative, Advocates for Youth, USA

Wendy Nakatsukasa-Ono, Vice President, Cardea, Seattle, Washington, USA

José Aguilar, Presidente Red de Democracia y Sexualidad (DEMYSEX), México

Alexis Sorel, Red de Democracia y Sexualidad (DEMYSEX), México

Carlos Arturo Campos, Jefatura de Administración Médica Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C. (MEXFAM), México

Claudia Diaz, Director, Population Council, México

Eduardo Castillo, Director, Códice Nacional México

María de la Cruz Muradas, Directora de Análisis Estadístico e Informática, Consejo Nacional de Población (CONAPO) México

Margarita Franco, Independent Consultant PASOS Programs Arnold School of Public Health, University of South Carolina

Yurica Ríos, Atención a la Salud de la Adolescencia, Centro de Salud de Morelos

Armando Barriguete, Consultor Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMyn), México

Yolanda Aguirre, Subdirectora de Desarrollo Económico y Social, Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), México

María del Carmen Juárez, Subdirectora de Desarrollo Económico y Social, Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), México

Yamileth Ugalde, Directora de Capacitación y Profesionalización, Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), México

Marisela Tinajero Martínez, Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), México

María Luisa Becerril, Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A.C

Blair Darney, Directora de Área, CISS Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Morelos

Raffaella Schiavon, Directora, IPAS, México

Alexis Hernández, IPAS, México

Alejandro Rosas, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)

Patricia Uribe, Directora General del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA), México

Marcela Eternod, Secretaría Ejecutiva del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), México

Secretaría Académica:

Laura Magaña Valladares
Directora General Adjunta y Secretaria Académica
Coordinación de la producción del MOOC:
Cynthia Rosas Magallanes

Diseño instruccional:

José Luis Ramírez Martínez - Coordinación de Diseño Instruccional y diseñador del Módulo 4
Eréndira Saavedra Albarrán - Diseño Instruccional Módulo 1
Sonia Marlene Sánchez Hernández - Diseño Instruccional Módulo 2
Irene Mendoza Islas Allende - Diseño Instruccional Módulo 3

Diseño gráfico:

Oscar Fernando Contreras Ibáñez - Coordinación de diseño gráfico e imagen de proyecto
Suzette Ortega - Diseño gráfico y formación
Ismael Tavera - Diseño gráfico y formación
Luis Durán - Ilustraciones
Rosaura Muñoz - Ilustraciones

Desarrollo de Sistemas multimedia y plataforma:

Alfonso Murphy Soto - Coordinación y planeación de sistemas
Wendy Angélica Hernández Cervantes - Desarrollador de sistemas
Berenice Quintero Montes - Desarrollador de sistemas
Christopher Lloyds Melgar Castro - Desarrollador de sistemas

Programación web del curso:

Suri Sarahi Morales Sánchez - Programador Web
Lilia Magaly Abraham Ventura - Programador Web

Producción de videos:

Guillermo Calvillo Jacobo
Iván Porras Sepúlveda
José Calderón Cano

Agradecimientos:

Irma Deyanira Sánchez Salazar - Diseño de ambientes de aprendizaje
Rolando Alfonso Bustamante

Contenido

Presentación	8
Bienvenida	9
Módulo 1	
Tema 1. Aspectos fundamentales	10
1 Fundamentos de la atención para las y los adolescentes	11
1.1.1 ¿Por qué debemos preocuparnos por la salud de la población adolescente?	11
1.1.2 El personal de salud: la pieza fundamental en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes	11
1.1.3 ¿Qué tan preparada/o estoy para dar atención a adolescentes?	12
1.1.4 ¿Cómo puede ayudarme este curso (MOOC)?	12
1.1.5 5 prácticas que todo prestador debe implementar + 5 pasos para una consulta efectiva	13
1.2 Derechos y libertades de las y los adolescentes	15
1.2.1 Derechos humanos y la Constitución Mexicana	15
1.2.2 Derechos sexuales para adolescentes	15
1.2.3 Libertad y prácticas	16
1.2.4 Armonía entre derechos y libertades	17
1.3 Panorama demográfico del embarazo adolescente en México	18
1.3.1 La transición demográfica en México	18
1.3.2 Mortalidad	18
1.3.3 Fecundidad	19
1.3.4 Indicadores poblacionales de salud sexual	20
1.4 La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA)	22
1.4.1 Componentes y sus propósitos.	23
1.4.2 ¿Cuál es mi función en el marco de la ENAPEA?	28
1.5 Perspectiva de género	29
1.5.1 Normas y roles de género	30
1.5.2 La brecha de género	31
1.5.3 Violencia contra la mujer	31
1.5.4 Perspectiva de género	32
Módulo 2	
Tema 2. 2. Las y los adolescentes	34
2.1 La salud y el desarrollo de las y los adolescentes	35
2.1.1 Cambios físicos de las y los adolescentes	35
2.1.2 El desarrollo psicológico y socioemocional de las y los adolescentes	36
2.2 La sexualidad de las y los adolescentes	38
2.2.1 Sexualidad	38
2.2.2 Erotismo y sensualidad	38

2.2.3 Vinculación afectiva intrapersonal	39
2.2.4 Identidad sexual	39
2.2.5 Salud sexual y reproductiva	40
2.3 Educación sexual integral (ESI)	41
2.3.1 ¿Qué es la educación sexual integral?	41
2.3.2 ¿Por qué es importante hablar sobre ESI?	41
2.3.3 Componentes de la ESI: género, salud sexual y reproductiva, relaciones, violencia, diversidad sexual, ciudadanía, placer	42
2.3.4 ¿Por qué la educación sexual integral debe incluirse en el cuidado de la salud de la y el adolescente?	44
2.4 Promoción de conductas saludables en las y los adolescentes	45
2.4.1 ¿Por qué es importante identificar las conductas de riesgo en las y los adolescentes?	45
2.4.2 Factores de riesgo en la o el adolescente	46
2.4.2.1 Individuales	46
2.4.2.1 Familiares	47
2.4.2.1 Escolares	48
2.4.2.1 Sociales	48
2.5 Comunicación e información amigable para las y los adolescentes	50
2.5.1 Desarrollo y crecimiento de la y el adolescente	50
2.5.2 Comunicación con las y los adolescentes	51
2.5.3 Estrategias de consejería	52

Módulo 3

Tema 3. Mejores prácticas	55
3.1 Marco legal de la salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes en México	56
3.1.1 Marco jurídico	57
3.1.2 La ausencia de responsables legales del menor de edad no justificará la negativa de brindar la atención integral que corresponda.	59
3.2 Salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes	59
3.2.1 Salud sexual	59
3.2.2 Salud reproductiva	59
3.2.3 La importancia de hablar sobre salud sexual con las y los adolescentes	63
3.2.4 Barreras	64
3.2.5 Evaluación de la salud sexual de las y los adolescentes	64
3.2.6 La atención para las y los adolescentes con discapacidad	65
3.3 Anticoncepción para las y los adolescentes	67
3.3.1 Oferta anticonceptiva y criterios de elegibilidad	67
3.3.2 La anticoncepción de emergencia	68
3.3.3 Anticoncepción para las adolescentes después de un evento obstétrico	69
3.3.4 Anticoncepción reversible de acción prolongada	69
3.3.5 Protección dual	71

3.4 Prevención, detección y tratamiento de ITS/VIH en las y los adolescentes	78
3.4.1 Factores de riesgo que incrementan el riesgo de contagio de ITS	78
3.4.2 Consejería en VIH/SIDA e ITS	80
3.5 Interrupción legal del embarazo en adolescentes	82
3.5.1 Marco nacional del aborto	82
3.6 Herramientas clínicas y de detección de riesgos para las y los adolescentes	87
3.6.1 Evaluación HEEADSSS	87
3.6.2 Preguntas para detectar abuso o violencia	90

Módulo 4

Tema 4. Herramientas de atención y habilidades clave	92
4.1 Servicios de salud amigables para las y los adolescentes	93
4.1.1 Servicios equitativos	93
4.1.2 Servicios accesibles	94
4.1.3 Servicios apropiados	95
4.1.4 Servicios eficientes	95
4.1.5 Servicios aceptables	96
4.2 Reducción de barreras en servicios de SSR para las y los adolescentes	97
4.2.2 Características de los servicios amigables y estrategias para incrementar la accesibilidad	97
4.2.1 Página de Internet INSP/Inmujeres www.comolehago.org	98
4.3 Competencias clave para el personal de salud	101
4.3.1 Cinco puntos clave sobre atención efectiva con las y los adolescentes	101
4.3.2 Competencias clave para dar consejería con perspectiva de género y derechos sexuales	102
4.3.3 Confidencialidad y privacidad en la atención para las y los adolescentes	104
4.3.4 Discutiendo relaciones sanas con las y los adolescentes	105
4.3.5 La estrategia VERME	106
4.4. Competencias claves para prestadores de salud: manejo de grupos	108
4.4.1 Técnicas educativas individuales y grupales y recursos didácticos de pedagogía activa	109
4.5. Reflexionar sobre mis valores, creencias y prejuicios	110
4.5.1 ¿Cuáles son mis valores y prejuicios y cómo puedo manejarlos para hacer bien mi trabajo?	111
4.5.2 ¿Qué normas y estándares de atención implican relación con mis creencias y valores?	111

Presentación

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), junto con el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), ofrece un curso masivo gratuito en línea (MOOC, por sus siglas en inglés) para impulsar los objetivos de la Estrategia Nacional para Prevenir el Embarazo en Adolescentes.

El MOOC sirve de apoyo para quienes dan consejería en salud sexual reproductiva; brinda recursos para convertir los servicios de salud sexual reproductiva (SSR) en servicios amigables, y cómo interactuar con las y los adolescentes para comunicarles sus derechos, ayudarlos a ejercerlos y a decidir sobre su SSR. Este texto sirve de apoyo para el curso que se brinda por internet, pero de ninguna manera sustituye el aprendizaje en línea. El MOOC se articula en cuatro módulos:

1. Aspectos fundamentales: se dan las bases para tener un panorama general del tema.
2. Adolescentes: se exploran los temas de salud y desarrollo, sexualidad, educación sexual integral, promoción y cambio de conductas saludables en adolescentes.
3. Mejores prácticas: se da una visión general del panorama normativo mexicano, en cuanto a salud sexual para adolescentes se refiere. Se ahonda en el tema de salud sexual reproductiva, anticoncepción reversible para este grupo poblacional y se dan herramientas clínicas para la detección de riesgos.
4. Herramientas de atención y habilidades clave: se define qué es y cómo realizar un servicio amigable, y se facilitan recursos para mejorar la comunicación entre las y los adolescentes y el personal de salud, desde una perspectiva pedagógica y por medio del autoconocimiento.

Agradecemos que te preocupes por tu aprendizaje y esperamos que este curso te sea de utilidad.

Bienvenida

Dr. Mauricio Hernández Ávila
DIRECTOR GENERAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Te damos la bienvenida a este curso que el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de las Mujeres prepararon para ti. Queremos darte las gracias por tu compromiso y dedicación a la salud de la población mexicana.

Todos los días, millones de adolescentes toman decisiones que determinan su vida a corto, mediano y largo plazo. Algunas de estas decisiones involucran su salud sexual y reproductiva, por lo que las y los adolescentes buscan orientación, consejo y atención en nuestros servicios de salud. El que este contacto ocurra de manera amigable y profesional puede afectar de manera dramática su experiencia de salud y sus oportunidades de desarrollo humano.

El embarazo no planeado cambia la vida de las y los adolescentes. En esta etapa de la existencia, el embarazo implica importantes riesgos psicológicos, físicos y sociales. En nuestro país, 8 de cada 100 mujeres adolescentes tienen hijos y ésta cifra ha aumentado en los últimos 5 años. Retrasar estos embarazos a la edad adulta es fundamental. Para este fin, una de las herramientas principales es la atención de calidad para adolescentes y el uso de anticonceptivos.

Dos preguntas importantes que necesitamos plantear son: ¿por qué las y los adolescentes en México no utilizan los métodos anticonceptivos? y ¿qué podemos hacer para ayudar a que los usen? Hemos identificado dos factores que pueden explicar este problema. Por un lado tenemos a las y los adolescentes que, a pesar de haber iniciado su vida sexual, no están solicitando anticonceptivos, es decir, tenemos un problema con la demanda de anticonceptivos. Y por otro lado, tenemos un problema de oferta, es decir, tenemos a quienes sí desean usar métodos anticonceptivos pero no han tenido acceso a ellos.

Podríamos decir, de una manera simplista, que, como promotores de la salud, un grupo no nos conoce, pero al otro no hemos sabido cómo acercarnos para proveerles los métodos y la información suficiente para usarlos.

¿CÓMO ENFRENTAMOS ESTE RETO?

El Instituto Nacional de Salud Pública, junto con el Instituto Nacional de las Mujeres, ha generado dos estrategias: una para motivar y capacitar a los adolescentes, y otra para promover la calidad de la atención en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Ésta estrategia se enfoca en la pieza clave de este mecanismo: las y los prestadores de servicios de salud.

El personal de salud es la pieza clave para que nuestra estrategia funcione, mejorando la calidad de vida de las y los adolescentes y garantizando el ejercicio de sus derechos de manera libre e informada. Para lograrlo necesitamos basarnos en la evidencia científica disponible para retrasar o evitar estos embarazos, prestando servicios que se apeguen a las normas vigentes, manteniendo una actitud amigable y abierta hacia las necesidades de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Para ello preparamos este curso virtual con la ayuda de los principales expertos mundiales y nacionales en Salud sexual y reproductiva en adolescentes. En él encontrarás los conocimientos y herramientas que necesitas para atender a las y los adolescentes de manera integral, eficiente y con calidad.

Te agradecemos el esfuerzo que dedicas para mejorar tus habilidades y conocimientos. Tenemos la certeza de que ese esfuerzo se traducirá en mejores servicios de salud para la población adolescente.



Módulo 1

1. Aspectos fundamentales

Temas

- 1.1 Fundamentos de la atención para adolescentes
- 1.2 Derechos y libertades de las y los adolescentes
- 1.3 Panorama demográfico del embarazo adolescente en México
- 1.4 La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
- 1.5 Género y derechos entre adolescentes

Objetivo

Comprendo mi papel como pieza fundamental en la prevención del embarazo en adolescente y en la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos.

Introducción

El embarazo a edades tempranas es un problema con consecuencias graves para las y los adolescentes y para sus hijos e hijas. Es un problema de salud pública, ya que afecta negativamente en la salud de las jóvenes mujeres y en la de sus hijos/hijas; es además un problema educativo, socioeconómico y del desarrollo humano sustentable.

A lo largo de este módulo se estudiarán cinco aspectos fundamentales: ¿por qué nos preocupa el embarazo en adolescentes?, ¿qué características tiene un buen servicio?, ¿de qué derechos y libertades gozan las y los adolescentes?, ¿qué es y cómo funciona la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente? y ¿cómo conviven la perspectiva de género y los derechos de las y los adolescentes?

En el código QR encontrarás un cortometraje que sirve de metáfora para el trabajo que las y el prestador de servicios de salud sexual y reproductiva ofrecen: ayudar a los adolescentes a identificar sus fortalezas y debilidades para actuar de manera asertiva y decir con plena conciencia qué se desea hacer y quién se desea ser.



1.1 Fundamentos de la atención para las y los adolescentes

Filipa de Castro, Tonatiuh Barrientos
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
John Santelli
COLUMBIA UNIVERSITY

33.4%

de las mujeres sexualmente activas no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual; contra 14.7% de los hombres.

8

de cada 100 adolescentes mexicanas tienen hijos.

1

de cada 6 recién nacidos(as) en México es hijo(a) de madre soltera.

50%

de las madres adolescentes en México tiene menos de 17 años de edad.

1.1.1 ¿Por qué debemos preocuparnos por la salud de la población adolescente?

El embarazo y la maternidad adolescentes implican riesgos importantes para la madre y su descendencia. La inmadurez biológica y psicológica incrementa la posibilidad de sufrir complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. El embarazo adolescente se concentra en grupos sociales con condiciones inadecuadas de salud, educación y alta vulnerabilidad. Factores como pobreza, malnutrición y desigualdad de género incrementan aún más los riesgos y dificultades que experimentan las adolescentes que se embarazan.

La utilización efectiva de métodos anticonceptivos es una de las principales herramientas para prevenir el embarazo en adolescentes. Sin embargo, existe una baja demanda de anticonceptivos, y éste no es el único problema: una proporción importante de las y los adolescentes con vida sexual activa reporta que no ha recibido anticonceptivos a pesar de querer utilizarlos. Dicha falta de acceso a los métodos está fuertemente vinculada a la forma en la que hemos proporcionado servicios de consejería y apoyo a adolescentes. Incrementar la utilización de métodos requiere de un cambio de visión hacia la provisión de servicios verdaderamente amigables, y que promuevan la protección dual, que incluye un método de barrera (condón) y un método de larga duración, como el DIU y los hormonales.

El Instituto Nacional de Salud Pública, en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres, ha desarrollado una propuesta de mejoramiento de la oferta y la demanda de anticonceptivos para nuestro país, con dos objetivos principales:

- **Aumentar la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva.** A través del portal www.comolehago.org se buscará empoderar y capacitar a las y los jóvenes, con los conocimientos, actitudes, competencias y herramientas que necesitan para tomar decisiones que determinan la salud y la plenitud de su sexualidad en el contexto de su desarrollo individual, relacional, emocional y físico y del ejercicio de sus derechos fundamentales.
- **Promover la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.** A través del MOOC se capacitará a las y los prestadores de atención, aportándoles conocimientos y herramientas de trabajo para la atención amigable y resolutiva hacia los adolescentes.

1.1.2 El personal de salud: la pieza fundamental en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

El encuentro de un sistema de salud amigable y resolutivo por parte de las y los adolescentes puede tener un impacto significativo en su vida. La atención e información adecuadas puede permanecer en la mente de las y los adolescentes por mucho tiempo. Por ello, es vital que las y los prestadores de salud promuevan un espacio de comunicación seguro, abierto y honesto con las y los jóvenes y que proporcionen consejería de acuerdo con las normas vigentes y las recomendaciones en salud basadas en evidencia científica. El trabajo del personal de servicios de salud es trascendental, le enseñará a las y los adolescentes a confiar en los servicios que estos ofrecen, los ayudará a tomar mejores decisiones y les permitirá vivir una vida sana y segura (**figura 1.1**).

El personal de Salud es quien pone en movimiento toda la maquinaria de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, pues sirve de puente entre las y los adolescentes y la oferta de servicios de salud.



Figura 1.1 Estructura de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

1.1.3 ¿Qué tan preparada/o estoy para dar atención a adolescentes?

Contestar a esta pregunta requiere una actitud honesta y reflexiva. En primer lugar necesitamos tener acceso a la evidencia más actual y conocer perfectamente los lineamientos que enmarcan y orientan la atención a la salud de los y las adolescentes. Requiere también saber qué tan consciente se es de los propios prejuicios hacia la sexualidad, ¿han afectado mis experiencias las opiniones de las y los adolescentes?, ¿me siento segura(o) y cómoda(o) al hablar de sexualidad?, ¿emito juicios de valor ante lo narrado por las y los adolescentes?

Además de contar con los conocimientos y actitudes adecuados, la atención efectiva a adolescentes requiere que el prestador adopte una postura empática considerando la experiencia de la consulta por parte del adolescente. Para ello es importante analizar cada sesión con la o el adolescente: ¿lo hice sentir cómodo?, ¿lo dejé hablar y expresar sus inquietudes sin interrumpirlo?, ¿lo escuché con atención?, ¿mostré preocupación por sus inquietudes?, ¿tuve una actitud positiva y honesta?, ¿me expliqué claramente?, ¿ayudé a mejorar su salud?, ¿ofrecí alternativas para que la o el adolescente tome sus decisiones? La atención de calidad permitirá ofrecer al adolescente un espacio en que el cuidado de su salud se vincule activamente con la resolución de sus necesidades integrales en sexualidad y con la posibilidad de tomar decisiones informadas sobre su vida.

1.1.4 ¿Cómo puede ayudarme este curso (MOOC)?

El MOOC fue diseñado para ayudar a contestar dudas acerca de cómo brindar el servicio y qué herramientas utilizar para atender a la población adolescente de manera integral, eficiente y con un alto padrón de calidad. Los programas de salud sexual y reproductiva se dividen en cuatro categorías (**figura 1.2**).

- **Motivación.** Estimular el cambio de comportamientos en las y los adolescentes por medio de información enfocada en los aspectos positivos y del logro de la autoeficacia respecto de un conjunto de habilidades y prácticas.
- **Educación sexual.** Trasmitir información integral que promueva la comprensión de la importancia e implicaciones de la salud sexual y reproductiva.
- **Consejería.** Intercambio de información para generar consciencia y facilitar la toma de decisiones voluntarias, informadas y de acuerdo a las necesidades individuales de las y los adolescentes.
- **Servicios de salud reproductiva (SSR).** Servicios ofrecidos como tamizaje y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), planificación familiar, atención al embarazo, salud, disfunciones sexuales y otros problemas del sistema reproductivo, que se ofrecen dentro o fuera de un contexto clínico.

Barreras entre la o el prestador de servicios de salud y la o el adolescente

- Diferencias en los niveles educativos de quien orienta y el o la adolescente
- Actitudes, creencias y valores
- Variabilidad de las competencias de comunicación de las y los prestadores
- Poca consciencia de los sesgos y prejuicios del prestador hacia la sexualidad



Figura 1.2 Abordajes en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

1.1.5 5 prácticas que todo prestador debe implementar + 5 pasos para una consulta efectiva

Hemos resumido las recomendaciones internacionales y la evidencia sobre la efectividad de la atención y de los servicios de SSR para adolescentes en 5 prácticas que todo prestador debe implementar en la atención con adolescentes y 5 pasos que aumentan la efectividad de una consulta con adolescentes.

1. Aprovecho cada oportunidad para brindar el servicio a las y los adolescentes

- Aprovecho cada oportunidad para brindar consejería sobre métodos anticonceptivos a las y los adolescentes.
- Redacto una historia sexual breve en pacientes mayores de 12 años de edad, en todas las consultas.
- Identifico de manera temprana las necesidades de educación, anticoncepción y protección.
- Elaboro una historia sexual completa de manera anual.
- Integro evaluaciones de rutina de factores de riesgo psicosocial, incluyendo abuso de sustancias, salud mental, violencia interpersonal y abuso.
- Atiendo las necesidades en salud sexual y reproductiva de manera inmediata, sin necesidad de otra cita, independientemente del motivo inicial de consulta.

2. Resguardo la confidencialidad y privacidad en la consulta y atención en general

- Protejo la confidencialidad y privacidad de la y el adolescente en el contexto clínico y administrativo.

3. Me adhiero estrictamente a la normatividad vigente y empleo protocolos actualizados

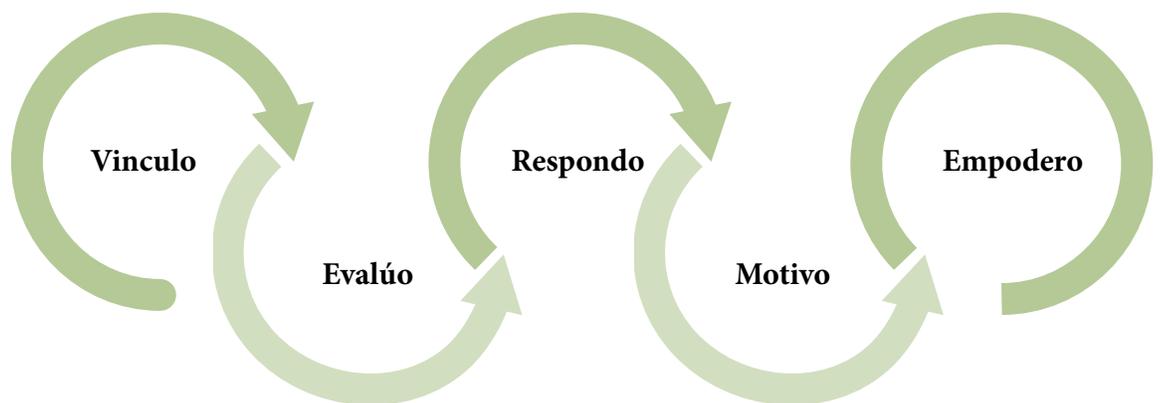
- Atiendo a adolescentes incluso si no hay un adulto presente.
- Promuevo el uso de condón tanto en hombres como en mujeres.
- Fomento el uso de protección dual contra el embarazo y contra las ITS.
- Ofrezco información sobre la amplia gama de métodos anticonceptivos, adecuados a las necesidades de cada adolescente.
- Me adhiero a los lineamientos y normas nacionales para la oferta de anticoncepción general y anticoncepción de emergencia/PAE.

4. Brindo un servicio amigable

- Equitativo
- Accesible
- Aceptable
- Apropiado
- Efectivo

5. Sé qué debo hacer cuando un o una adolescente viene a VERME: 5 pasos para una consulta efectiva

Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Busco activamente la privacidad dentro de mi consulta. • Soy empático: no soy fría(o) ni abrupta(o). • Busco que la o el adolescente se sienta cómoda o cómodo. • Fomento el respeto. • Me mantengo abierta(o) a sus necesidades. • Brindo el tiempo suficiente para que la o el adolescente describa sus síntomas, inquietudes y dudas. • No interrumpo.
Evalúo	<ul style="list-style-type: none"> • Escucho y me intereso en el/la adolescente de manera integral. • Muestro interés en el/la adolescente como persona y le pregunto aspectos relevantes de su vida. • Identifico sus necesidades y hago una historia clínica y sexual.
Respondo	<ul style="list-style-type: none"> • Aplico la normativa vigente. • Transmito de manera clara información actualizada, adecuada y completa. • Resuelvo sus dudas con explicaciones claras e información suficiente. • Exploro de qué forma se puede mejorar su salud sin que parezca un regaño.
Motivo	<ul style="list-style-type: none"> • Soy empática (o) y comprensiva (o). • Tengo interés genuino por atender y resolver su problema. • Tengo una actitud positiva y honesta.
Empodero	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudo a la o el adolescente a planear a corto y mediano plazo. • Ofrezco alternativas y le hago partícipe de las decisiones, tomando en cuenta su punto de vista • Ayudo a la o el adolescente a tomar las riendas o controlar su propia vida.



“Los límites de la libertad sexual no deben centrarse en el control del placer o de la experiencia sexual, sino en fomentar el compromiso que la persona tiene consigo y con los demás”.

1.2 Derechos y libertades de las y los adolescentes

Eduardo del Castillo

COMUNICACIÓN, DIÁLOGO Y CONCIENCIA, SC.

La mayoría de las y los adolescentes pasa por periodos de intensa vitalidad, los cuales se caracterizan por agudos deseos de conocer y experimentar el mundo que los rodea. En este contexto se desarrollan las sexualidades, las cuales se viven de diferentes maneras según las circunstancias individuales, familiares, sociales y culturales.

Una condición indispensable para el inicio responsable de la vida sexual es conocer los derechos a los que se tiene acceso y entender la libertad como búsqueda, riesgo (emocional y físico) y experimentación, así como identificar los límites de la libertad sin verlos como obstáculos o represión, sino como responsabilidades con uno mismo y con los demás en el marco de la ética y el derecho. Los límites de la libertad sexual no deben centrarse en el control del placer o de la experiencia sexual, sino en fomentar el compromiso que la persona tiene consigo y con los demás.

1.2.1 Derechos humanos y la Constitución Mexicana

Es importante que tanto adolescentes como prestadores de servicios de salud conozcan y recuerden los fundamentos legales básicos que los protegen individualmente y comprometen socialmente. En los artículos 1º, 4º y 6º constitucionales se habla de los derechos que gozan las y los mexicanos: la equidad y el derecho a la salud y a la información.

Artículo 1º. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte.

Artículo 4º. El varón y la mujer son iguales ante la ley [...]. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos [...]. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Artículo 6º. Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión.

Internacionalmente, se ha diseñado un nuevo enfoque llamado “de juventudes”, que busca visibilizar a las personas jóvenes desde el respeto a sus derechos y características propias, reconociéndolos como ciudadanas y ciudadanos con derechos, protagonistas del cambio y desarrollo de su país. Se reconoce su capacidad de decidir sobre su sexualidad; por supuesto, resulta difícil decidir sobre la conveniencia y oportunidad de la maternidad y paternidad cuando se carece de la información o faltan alternativas en torno a los proyectos de vida, cuando se vive en la marginalidad económica y social, sin los respaldos institucionales en materia de salud sexual y reproductiva, y no existe acceso adecuado a los métodos de anticoncepción.

1.2.2 Derechos sexuales para adolescentes

A pesar de que el tema de la sexualidad sigue siendo tabú para ciertos sectores de la sociedad, es un tópico que se discute cada vez más, gracias al trabajo de instituciones públicas y privadas, y a la puesta en marcha de programas de salud sexual y reproductiva (SSR), los cuales difunden los derechos sexuales de los y las adolescentes.

@ Recursos digitales

El enfoque de juventudes integra derechos humanos, género y generacional. Encontrará el documento completo, *Enfoque de juventudes. Hacia una visibilización positiva de las personas jóvenes*, en el siguiente enlace:
<http://tinyurl.com/qjhuzsr>
(consultado: 15 de abril de 2015)

Para consultar el documento completo de la *Cartilla de los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes y su relación con la Constitución*, diríjase al siguiente enlace:
<http://tinyurl.com/ql6oy2>
(consultado: 30 de julio de 2015)

organizaciones de la sociedad civil, internacionales, incluyendo la Comisión Nacional de Derechos Humanos, avalan la *Cartilla de los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes*; la cual se basa en la Constitución.

Cartilla de los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes

1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad.
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.
3. Derecho a manifestar públicamente mis afectos.
4. Derecho a decidir con quién compartir mi vida sexual y mi sexualidad.
5. Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada.
6. Derechos a vivir libre de violencia sexual.
7. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.
8. Derecho a la libertad reproductiva.
9. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.
10. Derecho a vivir libre de toda discriminación.
11. Derecho a la educación sexual.
12. Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.
13. Derecho a la participación en las políticas sobre sexualidad.

Es necesario reconocer que en México las políticas públicas han oscilado cíclicamente entre posiciones conservadoras y liberales, afectando o favoreciendo programas y campañas en marcha sobre salud sexual reproductiva.

1.2.3 Libertad y prácticas

La sexualidad y la reproducción han sido reguladas prácticamente en todas las culturas a lo largo de la historia. En Occidente, la reproducción se fomentó para crear familias numerosas que poblaran las naciones y contribuyeran a la producción de alimentos y otros bienes, postura que prevaleció durante siglos, hasta que en los años cincuenta se introdujo el concepto de familia pequeña porque ésta “vive mejor”.

En Occidente prevaleció durante siglos la norma —y norma no implica cumplimiento absoluto— de la familia patriarcal monógama. Pero en un ejercicio de libertad, poco a poco se reconoce a familias diversas, entre las cuales se encuentran aquellas formadas por personas del mismo sexo. Esos cambios en la forma de pensar el mundo han hecho que nos cuestionemos cada vez más la manera en la que entendemos la sexualidad en sus diversidades; por ello se le ha resignificado y ahora se piensa como un concepto plural: sexualidades.

En México, el número de adolescentes que toma decisiones sobre su cuerpo a voluntad, independientemente de la orientación sexual, va en aumento. Con frecuencia, hombres y mujeres viven las sexualidades de manera distinta por cuestiones de género, historias de empoderamiento y su capacidad y fuerza para negociar la protección (con el condón y otros métodos anticonceptivos). La violencia sexual es uno de los graves lastres en este diagnóstico, toda vez que niñas entre 10 y 11 años de edad resultan embarazadas, muchas veces por sus propios familiares. A fin de cuentas, quienes corren los riesgos en materia de embarazo son las mujeres, aunque ambos sexos estén en riesgo de contraer las enfermedades de transmisión sexual (ETS).



Figura 1.3. Familias diversas



Recomendamos la película *Los chicos están bien* (2000), de Lisa Cholodenko, la cual explora el tema de las familias diversas.

Las intervenciones de apoyo (institucional, familiar) con información, anticonceptivos y educación, no existen o son insuficientes. Por esta razón aumentan los riesgos de embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual (ITS). Ante ello, es pertinente formularse varias preguntas.

- ¿Existe una educación sexual integral con perspectiva de género, acorde a los cambios y necesidades actuales?
- ¿Las y los prestadores de servicios de salud están orientados a proporcionar ayuda científica y libre de prejuicios?
- ¿Las y los prestadores de servicios de salud tienen conocimiento sobre los procedimientos y directorios para referencia institucional en el caso de detectar violencia?
- ¿Se preparan las condiciones para dar seguimiento a los casos?
- ¿Se han examinado y puesto en marcha alternativas eficientes (páginas web, redes sociales) para adolescentes que no están dispuestas o dispuestos a consultar a los servicios de salud sobre lo que consideran su intimidad sexual?

Transitamos por un relevo generacional, donde gran parte de las y los adolescentes viven sus sexualidades —placeres y riesgos— más abiertamente; gran parte de las y los prestadores de servicios de salud podría no entender o aceptar con reservas esa libertad. Esos desencuentros crean lagunas de entendimiento entre quienes necesitan ejercer sus derechos sexuales con información científica y quien está obligado, como prestador de servicios, a garantizar ese derecho y proporcionar la orientación sobre los métodos preventivos de embarazo. La efectividad o no de las políticas públicas habrá de medirse con indicadores como el incremento o reducción de los embarazos de adolescentes.

1.2.4 Armonía entre derechos y libertades

Las y los adolescentes pueden comprender que existen límites. Pero como ya se dijo, éstos no deben centrarse en el control del placer o de la experiencia sexual, sino en resaltar el compromiso que la persona tiene consigo y con el resto de las personas. La OMS define salud sexual de la siguiente manera:

Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social con relación a la sexualidad; no es la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual necesita un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener experiencias placenteras y seguras, libre de coacción, discriminación y violencia. La salud sexual debe defender, proteger, mantener y respetar los derechos sexuales de todas las personas.

La OMS transita por el cuidado tanto de la salud como del derecho al placer, sin descuidar las derivaciones positivas o negativas de un determinado ejercicio de la sexualidad. Se aleja de una mirada moral sobre el tema y da paso a un ejercicio ético, por medio del cual la persona analiza sus principios y sus circunstancias para tomar decisiones que, como en el caso de la sexualidad, pueden tener repercusiones para las y los adolescentes (embarazos no deseados y enfermedades) que con frecuencia resultan inoportunos o lamentables.

El marco es complejo y debe asumirse de esa forma por los prestadores de servicios de salud; no puede esperarse el uso del condón por adolescentes en sus relaciones sexuales si los sistemas de salud y educación no informan ni facilitan la obtención de los métodos, sea por carencia de los mismos o por cuestiones ideológicas.

Las y los prestadores de servicios deben hacer un esfuerzo por ganarse la confianza de las y los adolescentes. Para ello requieren transitar por una senda que armonice derechos, libertades y responsabilidades, en el entendido de que ninguna libertad lo es realmente si ignora los derechos y las responsabilidades compartidas con las y los demás miembros de la sociedad.

<http://tinyurl.com/q5pewn8>



En el enlace encontrará el documento “Ética, valores y aborto”.

1.3 Panorama demográfico del embarazo adolescente en México

María de la Cruz Muradás
CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN



Recomendamos la lectura del libro *Todo por una chica*, de Nick Hornby, que explora el tema del embarazo adolescente.

Comprender el embarazo adolescente desde una perspectiva demográfica tiene como objetivo que la y el prestador de servicios de salud consideren el panorama general de la situación actual de la salud sexual y reproductiva en la población adolescente en México, así como la tendencia que se observa de la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes. Además, a través de este capítulo se pretende que conozca cómo ha sido la transición demográfica en México, el comportamiento de la mortalidad y fecundidad, así como los indicadores sobre salud sexual y reproductiva que explican, en cierta medida, la tendencia y nivel de la fecundidad en México.

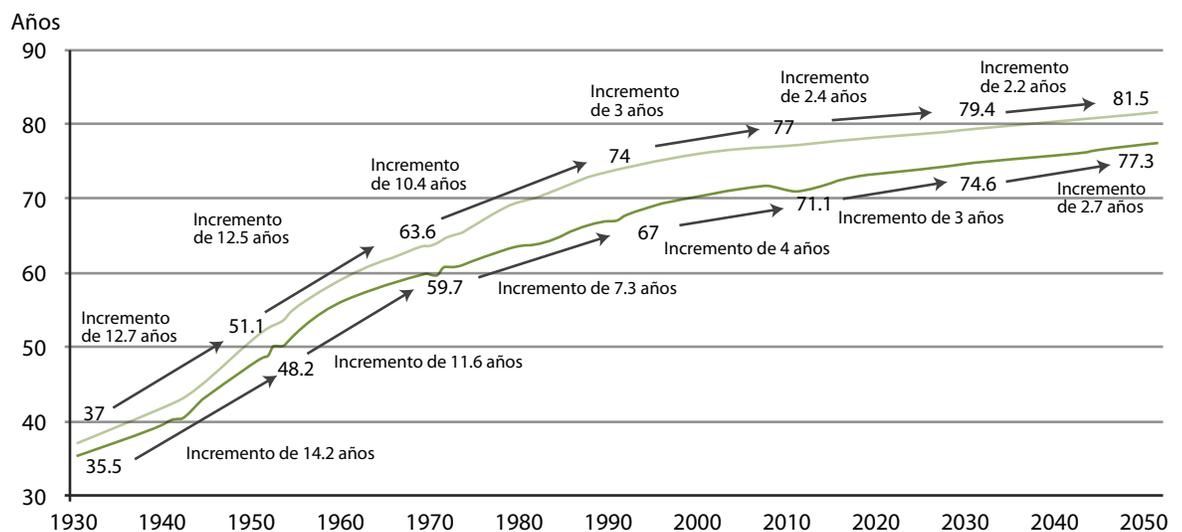
1.3.1 La transición demográfica en México

La situación demográfica actual del país es resultado del crecimiento acelerado de la población observado hasta los años setenta, cuando alcanzó su máximo histórico, y de la gradual disminución a partir de ese momento. El paso de un régimen caracterizado por altos niveles de mortalidad y fecundidad sin control, hacia otro de niveles bajos y controlados, conocido como transición demográfica, permitió frenar el crecimiento, pero a su vez ha propiciado un paulatino proceso de envejecimiento de la población.

1.3.2 Mortalidad

El descenso de la mortalidad ha sido uno de los logros sociales más sobresalientes de México, ya que es el reflejo de una mejora en las condiciones de vida de la población. En 1930, la esperanza de vida era de 36.2 años (35.5 para los hombres y 37.0 para las mujeres). A partir de esa década, se observa una fuerte disminución de la tasa bruta de mortalidad debido, en mayor parte, a la implementación de los primeros programas de salud pública, lo que resultó en un incremento estimado, entre 1974 y 2000, de alrededor de 9 años en la esperanza de vida al nacimiento, en tanto que, entre 2000 y 2015, el aumento fue de 1.7 años. Actualmente, la vida media de las y los mexicanos asciende a 74.95 años (72.34 años en hombres y 77.68 años en mujeres, véase **figura 1.4**).

“La transición demográfica frenó el crecimiento de la población, pero ha propiciado un paulatino proceso de envejecimiento de ésta”



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población

— Hombres — Mujeres

Figura 1.4. Esperanza de vida al nacimiento por sexo, 1930-2050

El descenso en la mortalidad infantil es el que más ha contribuido al aumento en la esperanza de vida. En 1930 fallecían 178 de cada 1 000 nacidos vivos antes de cumplir un año; en 2015, ese valor es aproximadamente de 12 muertes por cada 1 000 nacimientos (**figura 1.4**).

1.3.3 Fecundidad

El factor fundamental en la reducción del crecimiento poblacional y de los cambios en la estructura etaria ha sido el descenso de la fecundidad. Se estima que la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico a mediados de la década de 1960, cuando registró 7.3 hijos promedio por mujer. En los años siguientes, los logros sociales en materia de salud, educación y mejoramiento de la condición social de la mujer, contribuyeron al descenso acelerado de fecundidad.

La disminución de la fecundidad ha ocurrido en todos los grupos de edad; entre 1990 y 2014 (**figura 1.5**). El patrón de fecundidad temprano se conserva, es decir, las mujeres entre 20 y 24 años han sido las que más han contribuido a la fecundidad al presentar el mayor número de nacidos vivos (**figura 1.6**).

Mientras la fecundidad disminuye en las mujeres adultas, en las adolescentes (15 a 19 años) se han observado pequeños cambios: entre 1990 y 2000, la reducción de la tasa de fecundidad en ese grupo de edad, de acuerdo con las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población, fue de 7.0%; de 2000 a 2010, de 6.4%, por lo que para 2015 la tasa específica de fecundidad en adolescentes es igual a 65.5 nacimientos por cada 1 000 mujeres en ese grupo de edad. La contribución de las adolescentes a la fecundidad ha sido constante, alrededor de 16% de los nacimientos estimados en el país es de mujeres en este grupo de edad.

La fecundidad general en México observó las disminuciones más pronunciadas entre 1971 y 1981, pero en adolescentes se han observado cambios diversos. A nivel de las entidades federativas, se aprecian distintos escenarios. En entidades como Chihuahua y Sonora, se observa un aumento en los niveles de la fecundidad adolescente entre 1990 y 2015, en una magnitud de 4.7 y 2.7%, respectivamente. En cambio, en entidades de mayor rezago social como Chiapas, Guerrero y Oaxaca, en el periodo que va de 1990 al presente, la reducción de la fecundidad ha sido significativa, con una magnitud de alrededor de 46.8, 31.0 y 28.4%, respectivamente.

En 2015, las entidades que muestran los niveles de mayor fecundidad adolescente son Coahuila, Chihuahua, Sonora, Durango y Baja California Sur, en niveles entre 8.6 y 8.0%. En contraste, las entidades que para este mismo año presentan niveles de menor fecundidad adolescente son el Distrito Federal, Guanajuato, Querétaro y Morelos, en niveles entre 4.9 y 5.7%. Es decir, la distancia entre la entidad de mayor y la de menor fecundidad es cercana al doble.

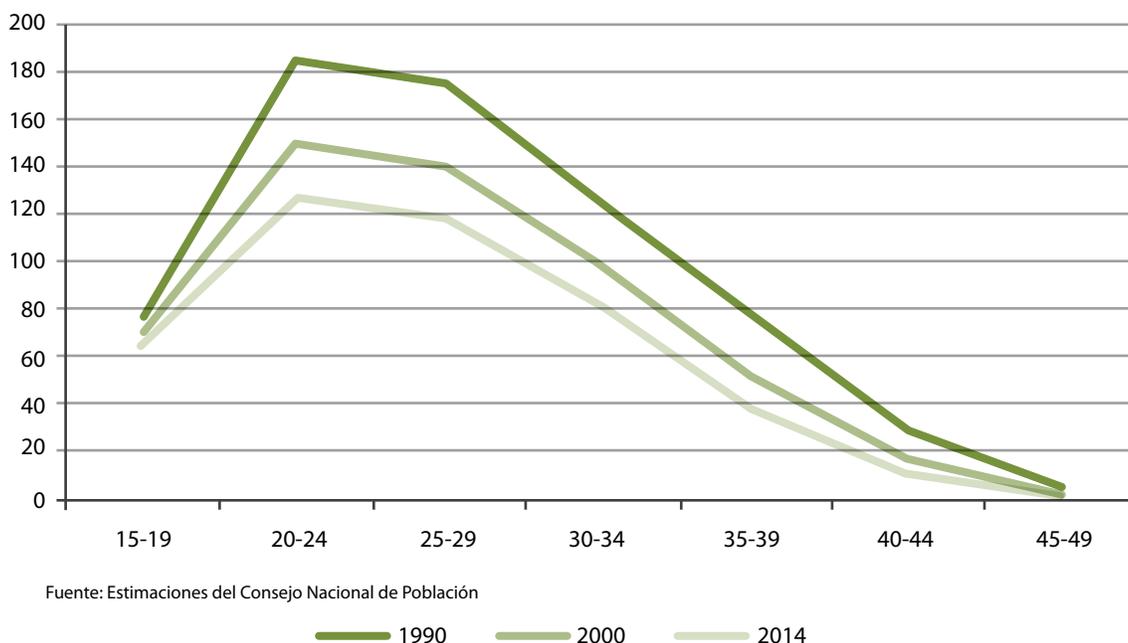


Figura 1.5 Tasas específicas de fecundidad, 1990, 2000 y 2014

1.3.4 Indicadores poblacionales de salud sexual

20.7%
Aumentó el uso de anti-conceptivos en mujeres hablantes de una lengua indígena.

A pesar de que en México existen acciones y políticas que pretenden asegurar las condiciones de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y el ejercicio de derechos de las y los adolescentes, persiste una serie de problemáticas y deficiencias. Por esta razón, el grupo de población cuya atención en materia de salud reproductiva es prioritaria es el de mujeres de entre 10 y 19 años.

Por ejemplo, el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil unidas (MEFU) en 1976 el porcentaje fue de 30.2; en 1987 de 52.7; en 1997 de 68.5, y en 2009 de 72.5 y para 2014 no continúa la tendencia de incremento, permanece constante en 72.5%, estos datos son con base en las encuestas especializadas en la temática de fecundidad. Sin embargo, continúan existiendo rezagos en los sectores de población con condiciones poco favorables de desarrollo; por ejemplo, entre las mujeres hablantes de lengua indígena unidas, el porcentaje de uso de métodos aumentó en 21.5% entre 1997 y 2014, al pasar de 48.3 a 58.7%; en contraste, las mujeres no hablantes de lengua indígena unidas, desde 1997, contaban con una prevalencia anticonceptiva de 70.2%, la cual en 2014 se incrementó a 73.3% (figura 1.7).

tinyurl.com/of3n6rv



En este link encontrará el documento de la Unicef: *Panorama de la Adolescencia indígena en México: desde una perspectiva de derechos.*

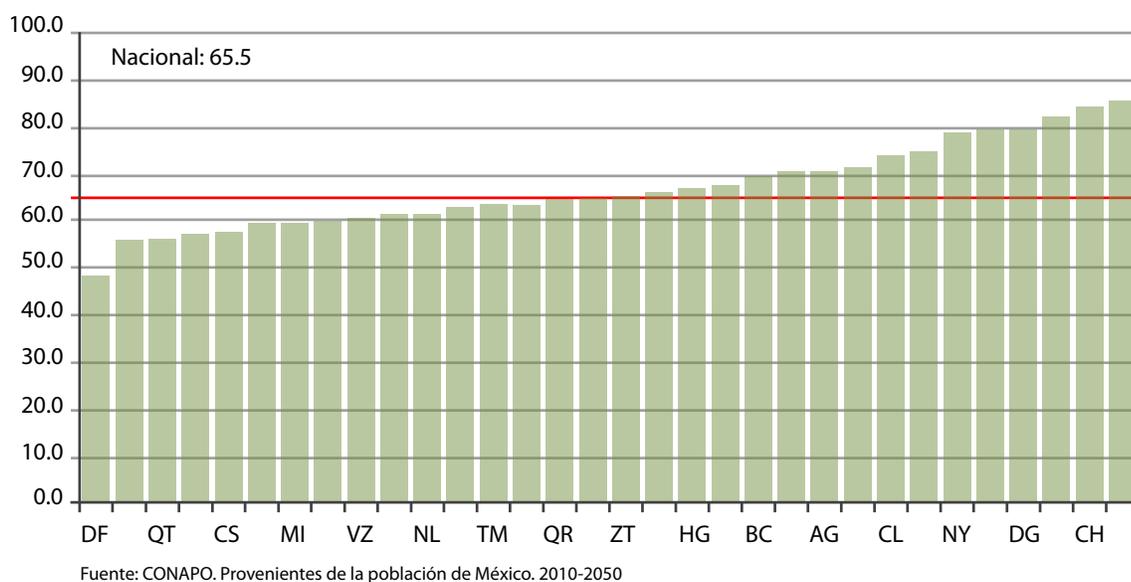


Figura 1.6 Tasas de fecundidad adolescente, 2015

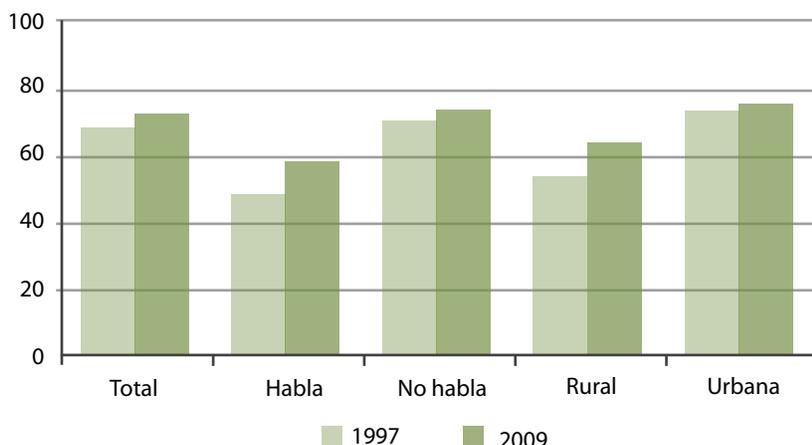


Figura 1.7 Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos, por condición de habla de lengua indígena y por lugar de residencia 1997 y 2009.

27.4%
de las adolescentes reporta no haber planeado su embarazo.

12.9%
de las adolescentes afirma no haber deseado embarazarse.

6
de cada 10 adolescentes declaró no haber usado ningún método anticonceptivo durante su primera relación sexual.

60%
De las adolescentes del DF, Chihuahua y Sonora declaró no haber planeado ni deseado su embarazo.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2014, la edad promedio en que las adolescentes experimentan su primera relación sexual es de 15.8 años. Existe casi un año de diferencia entre las entidades federativas donde ocurre a una edad más temprana, 15.4 años -Tabasco y Coahuila- y aquellas en que se retrasa un poco más -Querétaro, Guanajuato y Puebla-, donde ocurre alrededor de los 16.2 años.

El porcentaje de adolescentes sexualmente activas captadas por la ENADID 2014 (adolescentes que reportaron haber tenido al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta) fue de 16.5. Sin embargo, la baja protección con la que ocurren estas relaciones se manifiesta en que alrededor de 5 de cada 10 mujeres adolescentes reportaron no haber usado ningún método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Este indicador es altamente contrastante entre las entidades federativas: Chiapas reporta sólo 19.8% de uso, en tanto que Guerrero, Michoacán, Zacatecas y Oaxaca muestran menos de 43%; mientras que Chihuahua, Baja California Sur, Querétaro, Tlaxcala y el Distrito Federal, muestran niveles entre 65 y 68% y en Quintana Roo el uso llega a 70%. Esta situación no sólo aumenta el riesgo de un embarazo no planeado sino también el de adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH/SIDA.

El uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes unidas es de 51.5%, cifra que ha permanecido con muy pocas variaciones a nivel nacional en los últimos 12 años, pero con considerables diferencias entre los estados: las adolescentes unidas de Chiapas, Oaxaca y Querétaro reportan menos de 40% de prevalencia anticonceptiva, mientras que en el Estado de México, Morelos Guanajuato y Chihuahua, se observan prevalencias superiores a 60% y en Baja California Sur de casi 69%.

La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en entidades como Oaxaca, Chiapas, Guerrero y Quintana Roo alcanza un porcentaje de 8.2, 7.8, 6.7 y 6.0 respectivamente, mientras que entidades como Sinaloa, Tlaxcala, San Luis Potosí y Baja California muestran niveles inferiores a 3%.

A pesar de que casi 51.5% de las adolescentes declara haber planeado o deseado su embarazo, 30.6% reporta no haberlo planeado y 17.8% no haberlo deseado. La proporción de adolescentes que declara no haber planeado ni deseado su embarazo asciende a más de 61% en Oaxaca, Chihuahua, Baja California Sur y Sonora, y alcanza un 73.9% en el Distrito Federal. Caso contrario en Tlaxcala, Michoacán e Hidalgo, donde menos de 30% de las adolescentes califica su embarazo como no planeado o no deseado.

1.4 La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA)

Juan Pablo Gutiérrez, Isabel Vieitez, Zayra López, Perla Ríos
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) representa una respuesta multisectorial de amplio alcance de la presente administración federal al reto que constituye para el desarrollo social y el bienestar individual el embarazo en adolescentes. El abordaje de la ENAPEA parte del respeto a los derechos sexuales y reproductivos de los 22.4 millones de adolescentes en México, y considera la confluencia de acciones de los diferentes sectores que contribuyen a la generación de oportunidades y formación de habilidades en la población adolescente; entre los que destacan los servicios amigables de salud.

El sustento normativo de esta Estrategia se encuentra en los artículos 1º y 4º constitucionales (estudiados con anterioridad) y los compromisos adquiridos por el Estado, mediante la firma de tratados internacionales. A partir de esto, el gobierno reconoce como propias las siguientes obligaciones para prevenir el embarazo adolescente:

- Garantizar los derechos sociales de la población adolescente, a partir de asegurarle oportunidades para su desarrollo.
- Garantizar a adolescentes el acceso a servicios integrales de SSR.
- Garantizar que en los servicios de SSR se proporcione a adolescentes información objetiva y veraz.
- Garantizar el acceso a servicios de atención prenatal para niñas y adolescentes embarazadas, que incluyan la detección de casos de embarazos de alto riesgo para la salud y la vida de las niñas y adolescentes, especialmente, en menores de 15 años, y en su caso garantizar el acceso a servicios de interrupción del embarazo.
- Proporcionar atención a niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, incluido el suministro de profilaxis para evitar infecciones de transmisión sexual, de la pastilla de anticoncepción de emergencia y el procedimiento de interrupción del embarazo.
- Reformar la legislación civil de todo el país para establecer los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio.
- Promover el trabajo con los medios de comunicación y la sociedad civil para mejorar la calidad de la información.
- Fomentar una amplia participación de la comunidad en la definición de los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva.
- Revisar, actualizar y reforzar la capacitación del personal docente, desde la formación magisterial hasta su capacitación continua, incorporando los contenidos del currículo de educación integral en sexualidad.
- Implementar y/o fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual.

La ENAPEA parte del reconocimiento del carácter complejo y multifactorial del embarazo en adolescentes y busca incidir en el mismo considerando la evidencia que ha documentado consecuencias negativas para el bienestar de los individuos cuando se presentan embarazos en esta fase del desarrollo humano.

La Estrategia se propone contribuir a la equidad social potenciando las capacidades de las personas entre 10 y 19 años de edad para alcanzar el desarrollo humano y el acceso a una vida digna a través de la reducción de embarazo en este grupo de edad. Para lograrlo, en una visión amplia que refleja asimismo la magnitud del reto, se propone conjuntar acciones de los diferentes sectores involucrados

en el bienestar de las y los adolescentes, con énfasis en el desarrollo de habilidades para la vida, la oferta de oportunidades, y el acceso sin barreras a los servicios y bienes relacionados con la salud sexual y reproductiva. La estrategia cuenta con objetivos específicos, metas e indicadores que permitirán dar seguimiento a las distintas acciones, además de que facilitarán evaluar los resultados.

El diseño general de la estrategia utiliza una herramienta conceptual llamada Matriz de Marco Lógico (MML), que permite darle seguimiento a la operación de la estrategia garantizando que las acciones que se plantean produzcan los bienes y servicios requeridos (componentes) para lograr el objetivo que persigue (propósito) y con ello contribuir al fin que se enmarca en un objetivo estratégico de desarrollo nacional.

1.4.1 Componentes y sus propósitos.

Como se muestra en la **figura 1.8**, la ENAPEA se estructura en 6 componentes temáticos, los cuales asimismo se enlazan transversalmente a través de la perspectiva de género, interculturalidad, y la coordinación inter e intrainstitucional.

Este diseño permite reconocer la relevancia del enfoque multisectorial que es necesario para incidir en el embarazo adolescente. Además, si bien reconoce que el reto va más allá de la provisión de servicios de salud, contempla también la importancia de desarrollar competencias y desarrollar habilidades y contar con una educación integral en sexualidad; crear oportunidades laborales para aquéllos en edad legal de trabajar; crear un entorno legal y social que los habilite para llevar una vida sana y libres de violencia; contar con servicios de salud amigables que se adecúen a sus necesidades y crear estrategias para identificar y atender oportunamente los casos de violencia, incluyendo la reparación del daño.



Figura 1.8 Diseño de la ENAPEA

A continuación se presenta la descripción de los 6 componentes, y en el **cuadro 1.1** su propósito y en qué consiste cada uno de ellos.

Educación inclusiva, integral y flexible. Su objetivo es abordar las necesidades de la niñez y adolescencia a partir de un enfoque en el desarrollo de habilidades y competencias que permita la generación de capacidades que contribuyan a la posibilidad de elegir las mejores condiciones de vida de acuerdo con las preferencias e intereses de los individuos, así como segundas oportunidades para niñas, niños y adolescentes que se han separado del sistema educativo.

Educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva. “Un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor. La educación en sexualidad brinda a la persona la oportunidad de explorar sus propios valores y actitudes y desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos con respecto de muchos aspectos de la sexualidad”.

Oportunidades laborales apropiadas para la edad y acordes a las capacidades. Generar una oferta de empleo digno y posibilidad de emprendimiento dirigida a la población en edad de trabajar que amplíe sus posibilidades de ingresos adecuados y planeación de futuro.

Entorno habilitante. Consiste en armonizar el entorno legal y facilitar el acceso a información confiable y pertinente y a servicios de calidad que afecten positivamente la capacidad de los individuos para llevar una vida sana y tomar decisiones asertivas en torno a su salud y plan de vida; un entorno habilitante es necesario para promover el desarrollo del capital social.

Servicios de salud amigables, resolutivos, inclusivos y versátiles. “Módulos, programas, centros de salud u hospitales que ofrecen servicios preventivos y curativos de salud sexual y reproductiva específicamente diseñados para ser accesibles, aceptables y del agrado de adolescentes de ambos géneros, incluyendo también a adolescentes embarazadas durante el periodo gestacional, en el momento del parto y el período posparto inmediato”.

Prevención y atención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes. Las estrategias y acciones de detección oportuna de casos de violencia y su atención, así como de protección y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes en las víctimas de violencia sexual son necesarias para disminuir los embarazos en adolescentes, y particularmente para erradicar el embarazo en menores de 14 años de edad, ya que la violencia sexual es uno de los factores directamente ligado a esta problemática.

Componente	Propósito	¿En qué consiste?
Educación inclusiva, integral y flexible	Se amplían las oportunidades educativas en México para niñas, niños y adolescentes en todos los niveles educativos de gestión pública con enfoque en la formación de habilidades para la vida y participación social en un entorno intercultural, contribuyendo a una mayor acumulación de capital humano	Incrementar y mejorar las acciones del sistema escolar para renovar planes, programas y materiales didácticos; así como para garantizar apoyos y modalidades escolares que favorezcan la permanencia, regularización y reincorporación de la población en edad escolar. Todo ello en el marco de un modelo educativo que fomente el desarrollo de capacidades que faciliten la toma de decisiones asertivas; esto es, a favor del propio bienestar. La evidencia científica muestra que la escolaridad está asociada a una menor fecundidad adolescente, a mejores niveles de alimentación, salud, esperanza de vida, ingresos y trabajo.
Educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva	Se otorga educación integral en sexualidad desde la infancia que favorece la adquisición gradual, desarrollo, manejo y uso de información y conocimientos necesarios para el desarrollo de habilidades y actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva, con enfoque participativo, intercultural, de género y de Derechos Humanos, en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.	La educación integral en sexualidad facilita que niños, niñas y adolescentes adquieran conocimientos, habilidades y valores que les permitan asumir responsablemente su vida sexual y prevenir los embarazos, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el abuso sexual. Los contenidos de la educación integral en sexualidad deben ser culturalmente relevantes, científicamente rigurosos y apropiados a la edad.

<p>Oportunidades laborales apropiadas para la edad y acordes a las capacidades</p>	<p>Se amplían las oportunidades laborales de las y los adolescentes en edad legal de trabajar en México, que les permitan un ingreso suficiente para una vida sin carencias, asegurando que concluyan la educación obligatoria y buscando sinergias con estrategias similares y participación social</p>	<p>La precariedad es un fenómeno que afecta el autoestima y plan de vida de los individuos. Por esa causa, a través de este componente se busca generar condiciones apropiadas para que las y los adolescentes en edad legal de trabajar encuentren espacios dignos de desarrollo laboral que les permitan terminar su educación obligatoria. De igual manera, se espera que las y los adolescentes con deseos de experimentar el mundo laboral para desarrollar competencias nuevas, logren encontrar alternativas viables que les permitan combinar el mundo escolar con el laboral.</p>
<p>Entorno habilitante</p>	<p>Se propicia un entorno legal, social y regulatorio habilitante bajo un esquema de participación social que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de niñas, niños y adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y su salud sexual y reproductiva</p>	<p>En gran medida, las decisiones que toman las y adolescentes respecto a su salud y su sexualidad están influenciadas por el entorno en el que viven. Este componente busca generar las condiciones que permitan que las y los adolescentes puedan tomar decisiones de forma libre e informada sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Por ello, este componente promueve realizar cambios a las normas sociales, jurídicas y culturales para acceder a una educación sexual integral, a demandar métodos anticonceptivos y a prevenir y erradicar el abuso y la violencia sexual que afecta a niñas, niños y adolescentes, especialmente en contextos de desventaja socioeconómica.</p>

<p>Servicios de salud amigables, resolutivos, incluyentes y versátiles</p>	<p>Se garantizan los servicios de prevención y promoción de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva de calidad, de acuerdo con las necesidades de la población de entre 10 y 19 años en apego a la normatividad; además se incrementa la demanda fomentando la participación social y se asegura el acceso a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP) para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad</p>	<p>La experiencia internacional demuestra que los métodos ARAP (DIU, hormonales e implantes) son aceptables para adolescentes, no están contraindicados, tienen alta continuidad en su utilización y menores tasas de falla que otros métodos en su uso típico. Las relaciones sexuales en adolescentes se dan frecuentemente de manera inesperada y, aun cuando éstas fueran planeadas, existen barreras cognitivas, actitudinales, sociales, de acceso a servicios y económicas que pueden impedir la obtención y uso de los métodos. Los métodos de larga duración facilitan el resultado deseado de evitar el embarazo en las adolescentes, al requerir mínimas acciones después de la obtención del método para protegerse de un embarazo no planificado. Sin embargo, es indispensable asegurar la oferta integral de métodos anticonceptivos reversibles, incluyendo la anticoncepción de emergencia (hormonal y con DIU) para asegurar la elección libre e informada.</p>
<p>Identificación temprana y atención oportuna e integral de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes</p>	<p>Se amplían las acciones para la identificación temprana de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes y se implementan servicios para su atención oportuna e integral.</p>	<p>La violencia sexual es uno de los factores directamente ligado al embarazo adolescente, principalmente en niñas de entre 10 y 14 años, derivado entre otras situaciones de que persisten usos y costumbres que permiten el matrimonio a edades tempranas. En el marco de un entorno habilitante en donde las leyes y normas favorecen un ambiente libre de violencia, este componente integra acciones tanto para la detección oportuna de casos de violencia y su atención como de protección y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes en las víctimas de violencia sexual.</p>

Cuadro 1.1 Propósito y abordaje de los componentes de la ENAPEA

1.4.2 ¿Cuál es mi función en el marco de la ENAPEA?

Como mencionamos anteriormente, el personal de salud es una pieza fundamental para lograr el engranaje armonioso y funcional en el marco de la ENAPEA.

En las comunidades, los centros de salud funcionan como puntos de encuentro en donde se promueve la participación activa de la comunidad para intercambiar inquietudes, necesidades e ideas y plantear acciones. En general, la comunidad busca la orientación del personal de salud para tomar decisiones tanto personales como colectivas, por lo que lo hace un escenario ideal para incidir positivamente en la salud de la población.

Aun cuando podrías visualizarte ajeno a algunos de los objetivos mencionados, aquí te enlistamos algunos puntos que te permitirán incidir enormemente y, por tanto, comprender por qué tu participación activa, consciente y constante es central para el éxito de la estrategia:

- a. Aplica las 5 prácticas que todo prestador debe implementar + 5 pasos para una consulta efectiva mencionados en el apartado 1.1.5 y mantente actualizado en las Leyes relacionadas a esta temática y en las Normas de atención y difunde esta información.
- b. Aprovecha el acercamiento de las y los adolescentes para orientarlos y generarles competencias que les ayuden a tomar más y mejores decisiones con respecto a su salud en general y en especial su salud sexual y reproductiva y la corresponsabilidad en su ejercicio. Recuerda que en este acercamiento se debe integrar evaluaciones de rutina de factores de riesgo psicosocial, incluyendo abuso de sustancias, salud mental, violencia interpersonal y abuso.
- c. Toma el tiempo necesario para explicarle(s) sobre los beneficios del uso de métodos anticonceptivos, la importancia del uso complementario de métodos en la pareja para evitar embarazos e ITS y la corresponsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.
- d. Favorece el acceso a estos métodos asegurando la disponibilidad de ellos en los centros de salud y notificando oportunamente su desabasto.
- e. Mantén actualizados tus registros sobre abasto y aplicación o entrega de métodos anticonceptivos, así como sobre los reportes de casos de violencia y búsqueda intencionada de abuso en matrimonios menores de 15 años; el monitoreo de las acciones que se implementan en el marco de la ENAPEA es esencial para orientar acciones.
- f. La comunicación y la generación de evidencia son elementos importantes para eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva por lo que es importante que seas receptivo a las necesidades e inquietudes de las y los adolescentes.
- g. Crea alianzas con el sector educativo para que juntos informen y promuevan la adquisición de competencias tanto en las y los adolescentes como en las y los agentes formativos y sociales encargados de su educación.
- h. Como personal de primer contacto es importante que te capacites en la identificación temprana de casos de violencia y/o abuso. Crea alianzas y coordínate para realizar de forma expedita y oportuna la canalización a servicios especializados y promueve el reporte de estos casos. En la medida que mejoremos nuestros registros, conoceremos mejor esta problemática y podremos generar mejores estrategias de prevención y de atención.
- i. Conoce y difunde la normatividad aplicable y la información más actualizada para que las acciones que realices estén apegadas a las mejores prácticas. También familiarízate con los formatos que debes llenar en caso de requerirlo, por ejemplo: el “Formato para recibir Consejería sobre salud sexual y reproductiva en el Grupo Etario de 10 a 19 años sin acompañamiento” (NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad) o el “Aviso al ministerio Público” en caso de violencia familiar o sexual (NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención) (figura 1.9).
- j. Recuerda que la información que tú generas a nivel operativo constituye la base de los registros administrativos que permiten dar seguimiento a los componentes de la ENAPEA; por ello, sé claro y veraz para que el monitoreo sea posible.

Figura 1.9.

1.5 Perspectiva de género

Yolanda Aguirre, Marisela Tinajero
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

Hegemonía. Supremacía o dominio de una entidad sobre otras. Aplicado a género, se refiere a las características consideradas valiosas socialmente para cada sexo.

El género es una categoría utilizada para analizar cómo se definen, representan y simbolizan las diferencias sexuales en una determinada sociedad. Por lo tanto, el concepto de género alude a las formas históricas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en la sociedad. Estas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo.

La mayor diferencia entre mujeres y hombres radica en la forma en que viven la construcción social hegemónica del género, la cual conlleva a una constante desigualdad social; en mayor medida, hacia las mujeres. Por ejemplo, 3 de cada 10 mujeres casadas o unidas de 15 años o más vivió, al menos, un incidente de violencia (sexual, emocional, física, sexual o económica) por parte de su compañero o esposo en los 12 meses previos a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) de 2011.

En la actualidad, cuando se expresa la necesidad de lograr la igualdad entre hombres y mujeres en los planes y programas de gobierno, incluyendo los de salud, se expone la importancia de utilizar la perspectiva de género por ser ésta una herramienta de análisis que logrará que la desigualdad sea visible y se puedan implementar acciones para contrarrestarla.

El concepto género se emplea por primera vez en 1950, sin embargo, en 1968 Robert Stoller lo desarrolla más ampliamente en una investigación empírica sobre trastornos de identidad. Él demostró en su estudio que la identidad y el comportamiento femenino y masculino, no están determinados por el sexo biológico, sino por las expectativas y normas sociales establecidas, validadas como apropiadas y exigidas, en muchas ocasiones implícitamente (INMUJERES/PNUD/2007:7).

Una definición del concepto es la siguiente: “El género es una categoría utilizada para analizar cómo se definen, representan y simbolizan las diferencias sexuales en una determinada sociedad. Por lo tanto, el concepto de género alude a las formas históricas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en la sociedad. Estas formas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo” (Ídem). Esto se puede ver en la división sexual del trabajo y en cómo se estructuran las relaciones de poder entre hombres y mujeres en todos los ámbitos: político, económico y social.

Para entender el género más claramente debemos remitirnos a su diferencia con el sexo, el cual se define como las “diferencias que existen entre mujeres y hombres, dadas por su condición biológica y fisiológica. Son congénitas, se nace con ellas y son universales” (CNEGSR, 2011:11). Es decir, el sexo está relacionado con el cuerpo en tanto físico y biológico. El género como ya se ha visto, es una construcción sociocultural a partir de la diferencia anatómica. Como dice Marta Lamas: “La cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano” (2000: 4). (Figura 1.10).

Por consiguiente, cuando se habla de sexo, la clasificación es en hombres y mujeres, cuando hablamos de género la referencia es femenino y masculino. En este sistema sexo-género, lo femenino está asociado a las mujeres en tanto la función biológica de la reproducción y la función social de ser madres y cuidadoras, en cambio, lo masculino se le atribuye a los hombres en tanto su función biológica de fecundar y la función social de la producción que se traduce en ser proveedores económicos.

A partir de esto se establecen una serie de atributos dicotómicos para ellos y ellas que luego se convierten en estereotipos de género, por ejemplo: público-privado, activo-pasivo, débil-fuerte, hermoso-feo, bueno-malo, racional-emocional entre otros. Cabe mencionar que este es el sistema sexo-género tradicional que se impone y que genera una serie de desigualdades ya que primordialmente privilegia lo masculino sobre lo femenino.

Todo lo anterior determina una serie de normas, valores y roles que exigen comportamientos diferenciados en hombres y mujeres.

3 de cada 10 mujeres casadas o unidas vivió al menos un incidente de violencia (sexual emocional, física, sexual o económica) por parte de su compañero o esposo.

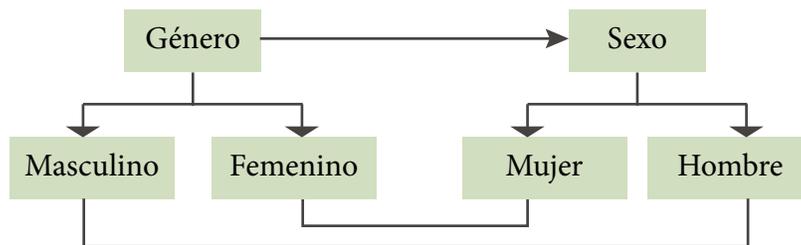


Figura 1.10. Correspondencias entre género y sexo.



Recomendamos la película *Billy Elliot* (2000), de Stephen Daldry, la cual explora el tema de los estereotipos de género.

1.5.1 Normas y roles de género

Los roles de género son aquellas funciones que mujeres y hombres desempeñan en la sociedad en la que habitan y se manifiestan mediante actividades, conductas, prácticas, costumbres, que históricamente han sido establecidas, lo que comúnmente se conoce como “cosas de mujeres” y “cosas de hombres”; por ejemplo: “ser ama de casa”, “ser el proveedor del hogar”, “la que cuida y alimenta a los hijos e hijas”, “el que repara los desperfectos de la casa”.

Las normas relativas al género son las reglas que la sociedad exige respecto de los comportamientos y actitudes de mujeres y hombres, conforman el “deber ser” de cada sexo y varían según el nivel social, la etnia, las leyes y el nivel educativo. Cuando dichas normas sociales son llevadas al extremo, se les conoce como estereotipos; es decir, representaciones preconcebidas que comparte una sociedad, sobre lo que deben ser y hacer las mujeres y los hombres.

La existencia de estereotipos de género, el incumplimiento de las normas y roles de género provocan, en muchas ocasiones, que las personas sufran discriminación, la cual es definida por el Conapred como “una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo, que a veces no percibimos, pero que en algún momento la hemos causado o recibido”.

Estereotipos	
Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Sumisas • Dependientes • Débiles • Emocionales • Maternales • Delicadas • Se encuentran en ámbitos privados 	<ul style="list-style-type: none"> • Independientes • Libres en la toma de decisiones • Fuertes física y sexualmente • Racionales • No expresan emociones • Rudos • Se encuentran en ámbitos públicos

38% de los asesinatos de mujeres en el mundo son cometidos por sus parejas.

De acuerdo con el CNEGSR: “La discriminación por género es el resultado del carácter jerárquico que desde lo social establece a las diferencias entre hombres y mujeres. Se presenta al atribuir mayor importancia a uno de los dos géneros en detrimento del otro reproduciendo las relaciones de poder desiguales que condicionan la capacidad de autonomía de las personas” (CNEGSR/2011:11):15.

Es relevante considerar la discriminación por género como una situación que debe ser eliminada, ya que limita el desarrollo y crecimiento en todas las áreas de la vida de las personas y es una violación a los derechos humanos. Es importante recalcar que esta discriminación es infringida mayoritariamente hacia las mujeres debido al sistema de género que, como ya se mencionó, privilegia lo masculino sobre lo femenino.



En el enlace encontrará la descarga del *Violentómetro*, un material para visualizar las diferentes manifestaciones de violencia en la vida cotidiana y que muchas veces se confunden o desconocen.

1.5.2 La brecha de género

Desafortunadamente, la desigualdad entre mujeres y hombres puede verse en todos los ámbitos de la vida aunque no siempre son tan visibles. Por ello se ha creado el concepto de brecha de género, que se refiere todas esas diferencias en las relaciones de poder, en cuanto a oportunidades de acceso, control y uso de los recursos entre hombres y mujeres

Ejemplos de brecha de género		
Las mujeres dedican 12.5 horas semanales en promedio a las actividades de apoyo y al cuidado a familiares menores de 6 años; los hombres, 5.5 horas semanales a las mismas actividades. ^x	Según el índice de discriminación salarial calculado, para 2016, es necesario incrementar en promedio 6.4% el salario de las mujeres para lograr la equidad salarial. ^{xi}	La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 reveló que casi 5 de cada 10 mujeres de 15 años de edad o más en México (46%) han sido víctimas de violencia por parte de sus parejas durante su actual o más reciente relación. ^{xii}

1.5.3 Violencia contra la mujer

La violencia hacia las mujeres es un problema que mina sus derechos humanos y el desarrollo de una sociedad. Se define como todo acto u omisión que se ejerce contra ellas por el hecho único de ser mujeres, con la intención de ejercer control mediante daño físico, económico, psicológico, sexual, por medio de amenazas, chantajes, manipulaciones, golpes, insultos, privación de la libertad, humillaciones, coacción, entre otras. Asimismo, debe señalarse la discriminación y violencia contra las mujeres homosexuales, quienes, de acuerdo con el sistema de género tradicional, en ocasiones rompen con todas las normas establecidas para su sexo.

La violencia en la pareja es un fenómeno frecuente en el mundo, pero también en la vida de las y los adolescentes, por lo que se deben considerar acciones para prevenirla y atenderla. Ésta se define como “la forma de imponer normas y valores de convivencia mediante el uso de fuerza física o manipulación psicológica con el fin de controlar al otro integrante de la pareja”.

Una explicación de este problema se da a partir del modelo existente en la cultura occidental del amor romántico, el cual ocupa frases como: “todo se vale en nombre del amor”, “juntos para siempre”, “hasta que la muerte nos separe”, “te celo porque te quiero”, “el matrimonio es para tener hijos” y “vivieron felices para siempre”. Con ellas se transmiten creencias, mitos e ideas falsas de las relaciones de pareja que contribuyen a la violencia (en particular hacia las mujeres) además de justificarla, o en ocasiones premiarla.

También existe la violencia sexual, que se define como acto sexual o intención de consumir un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito.

La Organización Mundial de la Salud presenta los siguientes factores de riesgo para que una mujer viva violencia.^{xiii} Además, hace hincapié en que la mayor parte de la violencia hacia la mujer es ejercida por la pareja. De ahí la importancia de empoderar a las adolescentes y sensibilizarlos para ayudarlos a ejercer sus derechos y a decidir libremente sobre su vida.



El enlace dirige a una infografía de la OMS acerca de la violencia hacia la mujer y su propuesta de cómo debería enfrentar el problema el sector salud.



En el enlace encontrará una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la salud, propuesta por la Organización Panamericana de Salud y la OMS.



En el enlace encontrará el *manual para el uso no sexista del lenguaje* de María Julia Pérez Cervera.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos.

Entre los factores de riesgo de ambas, violencia de pareja y violencia sexual, se encuentran los siguientes.

- Bajo nivel de instrucción (autores y víctimas de violencia sexual)
- Exposición al maltrato infantil (autores y víctimas)
- Experiencia de violencia familiar (autores y víctimas)
- Trastorno de personalidad antisocial (autores)
- Uso nocivo del alcohol (autores y víctimas)
- El hecho de tener muchas parejas o de inspirar sospechas de infidelidad en la pareja (autores)
- Actitudes de aceptación de la violencia (autores y víctimas)

Entre los factores asociados específicamente a la violencia de pareja, cabe citar los siguientes.

- Antecedentes de violencia (autores y víctimas)
- Discordia e insatisfacción marital (autores y víctimas)
- Dificultades de comunicación entre los miembros de la pareja.

Y entre los factores asociados específicamente a la violencia sexual, destacan estos.

- Creencia en el honor de la familia y la pureza sexual
- Ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre
- La levedad de las sanciones legales contra los actos de violencia sexual.

La desigualdad de la mujer con respecto al hombre y el uso normativo de la violencia para resolver los conflictos están estrechamente asociados tanto a la violencia de pareja como a la violencia sexual ejercida por cualquier persona.

1.5.4 Perspectiva de género

La perspectiva de género es una herramienta conceptual que busca mostrar cómo hombres y mujeres, debido a la construcción sociocultural de género asignada por el sexo, tienen relaciones asimétricas de poder que se expresan en los diferentes riesgos, necesidades, oportunidades de acceso, de uso y control sobre los recursos, incluyendo los de salud.

Es oportuno aclarar que la perspectiva de género no debe confundirse solo con la inclusión de las mujeres, sino, como se ha dicho, también con el análisis y la identificación de la posición de hombres y mujeres en cada tema y su respectiva intervención, en aras de generar relaciones más igualitarias y democráticas. El uso de la perspectiva de género implica lo siguiente.

- Redistribución equitativa de las actividades productivas y reproductivas entre los sexos.
- Justa valoración de los distintos trabajos que realizan mujeres y hombres, especialmente, de los relacionados con la crianza de los hijos e hijas, el cuidado de personas enfermas y las tareas domésticas.
- Modificación de las estructuras sociales, los mecanismos, reglas, prácticas y valores que producen la desigualdad.
- El fortalecimiento del poder de gestión y decisión de las mujeres. ^{xiv}

¿En qué contexto puedo usar esta información para mejorar la atención a los y las adolescentes?

- En el trato igualitario a las mujeres y hombres que lleguen a su servicio
- En una práctica apegada a los derechos humanos y en particular los derechos sexuales y reproductivos, con pleno respeto de ellos, en el trato que da a las mujeres y hombres sin importar su edad, género u orientación sexual.

-
- i. IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education, London, 2006.
 - ii. UN General Assembly, Convention on the Rights of the Child, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3, available at: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html> Consultado: 12 de julio de 2014.
 - iii. José Ángel Aguilar. (n.d). Cartilla de los Derechos sexuales de las y los jóvenes en México. Consultado: 16 de agosto de 2015, de UNAM Sitio web: <http://tinyurl.com/qlh6oy2>
 - iv. El documento citado es el emitido por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y la organización alemana BZgA. Centro Federal de Educación para la Salud sita en la ciudad de Colonia. Páginas 23 a 26. 2010. Es traducción literal. Se muestra en cursiva.
 - v. ABC del Género en la Administración Pública, 2ª. Ed. Instituto Nacional de las Mujeres, INMUJERES, PNUD, 2007. México. Pp. 7
 - vi. ABC del Género en la Administración Pública, 2ª. Ed. Instituto Nacional de las Mujeres, INMUJERES, PNUD, 2007. México. Pp. 7
 - vii. Lamas, Marta 2000. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco, vol. 7, núm. 18.p. 0. Escuela Nacional de Antropología e Historia. Distrito Federal, México
 - viii. http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142
 - ix. La Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud, 2º Ed. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2011. México.
 - x. INEGI. Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) 2009.
 - xi. Instituto Nacional de las Mujeres Sitio web: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Participacion_economica_femenina.pdf Consultado: 12 de agosto de 2015
 - xii. Instituto Nacional de las Mujeres http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Violencia_2011.pdf Consultado: 12 de agosto de 2015
 - xiii. Organización mundial de la salud, Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N.º 239, Noviembre de 2014, Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/> Consultado: 12 de agosto de 2015
 - xiv. ABC del Género en la Administración Pública, 2ª. Ed. Instituto Nacional de las Mujeres, INMUJERES, PNUD, 2007. México. pp. 14



2. Las y los adolescentes

Temas

- 2.1 La salud y el desarrollo de las y los adolescentes
- 2.2 La sexualidad de las y los adolescentes
- 2.3 Educación sexual integral (ESI)
- 2.4 Promoción y cambio de conductas saludables en las y los adolescentes
- 2.5 Comunicación e información amigable para las y los adolescentes

Objetivo

Entiendo la salud, la sexualidad, el desarrollo y el comportamiento de la y el adolescente de forma integral.

Introducción

Del total de la población mexicana, 22.4 millones tienen entre 10 y 19 años. Dentro de este grupo, muchos buscan orientación, consejo y atención diariamente en nuestros servicios de salud. Para poder atenderlos de manera apropiada y eficaz necesitamos conocer y entender los cambios físicos, psicológicos y sociales que viven o vivirán los y las adolescentes y las mejores estrategias para abordar y atender sus necesidades. Este conocimiento y habilidades son fundamentales para que el prestador(a) de servicios de salud oriente, motive y empodere a cada adolescente que acude a su servicio para tomar decisiones respecto a su salud.

En este capítulo también se proponen herramientas para promover conductas saludables y fomentar el cambio en las y los adolescentes mediante una comunicación efectiva, amigable y empática. Está comprobado que la educación sexual integral favorece la toma de decisiones asertivas, retrasa el inicio de la vida sexual, aumenta el uso de anticonceptivos y disminuye el número de parejas sexuales, factor de riesgo para algunos padecimientos.

En el código QR, encontrarás un cortometraje titulado *Doll face*, el cual explora el tema de cómo nos dejamos influir por la sociedad y las consecuencias fatales que eso puede tener. Lo anterior constituye una de las reflexiones de mayor importancia en esta fase de búsqueda de la identidad, conocimiento del cuerpo, despertar sexual y autoaceptación.



2.1 La salud y el desarrollo de las y los adolescentes

Filipa de Castro, Zulema Calderón
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

52%
de las adoles-
centes entre 10
y 19 años de
edad ha estado
embarazada.

La OMS define la adolescencia como un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta. Para su estudio, se divide en tres etapas: adolescencia temprana (10-12 años de edad), media (14-16 años) y tardía (17-19 años) (**Figura 2.1**). Esta definición se ha utilizado para el análisis de aspectos de salud de las y los adolescentes, siendo la referencia utilizada para las Encuestas Nacionales de Salud en México. Sin embargo, cabe destacar que la Ley para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes considera como adolescentes a las personas que tienen entre 12 y 18 años cumplidos. A nivel estatal también existen diferencias en cuanto a la definición de adolescente conforme al grupo etario; la mayoría de los estados incluyen dentro del rango de edad para definir adolescente entre los 12 y los 18 años; sin embargo, en algunos estados no se utiliza el término adolescente y se utiliza el término “niño” para hacer referencia a los menores de dieciséis (Tamaulipas) o como “menor” a los menores de 18 años (Baja California, Baja California Sur y Tlaxcala). Para fines de este curso, dado que está enfocado en la salud de las y los adolescentes, se tomará la definición propuesta por la OMS, sin embargo en la ENAPEA se considera la definición de la LGDNA por considerar aspectos adicionales a los biológicos que se relacionan con los derechos de la infancia y la adolescencia. Para la ENAPEA, los menores de entre 10 y 12 años son considerados como niños y no como adolescentes. Además del crecimiento fisiológico, para estudiar el desarrollo intelectual, psicológico y social, con el fin de evidenciar los cambios en esta fase, se crearon los siguientes rubros: independencia, desarrollo cognitivo, relaciones iguales, imagen corporal, sexualidad y preocupaciones más comunes.

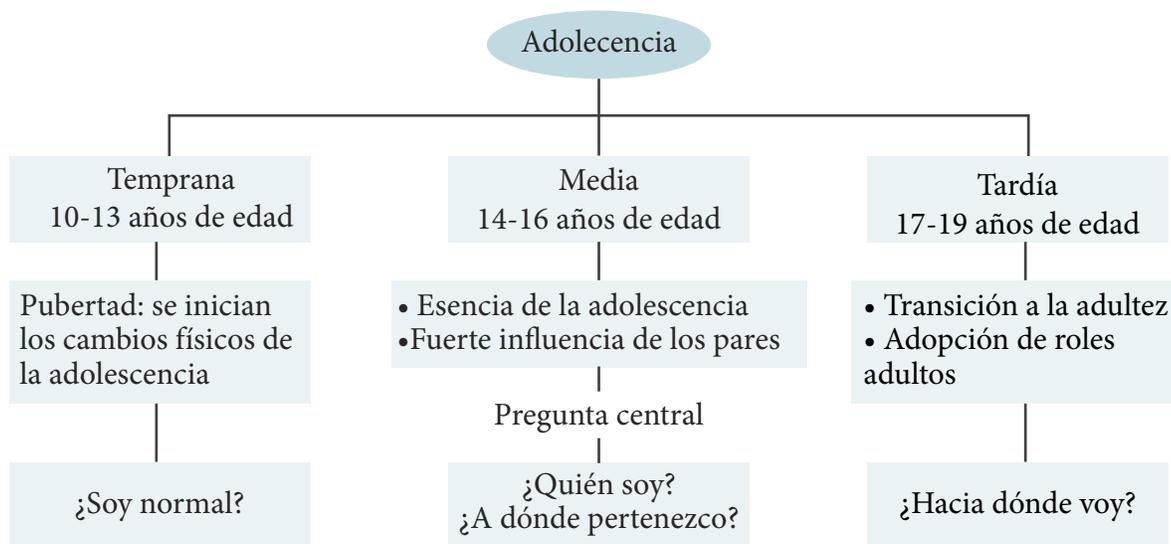


Figura 2.1 Etapas de la adolescencia.

2.1.1 Cambios físicos de las y los adolescentes

Los cambios físicos más evidentes que se dan en la pubertad son los caracteres sexuales secundarios, producto de la secreción de hormonas por parte de la hipófisis y las gónadas (**Figura 2.2**).

Cambios físicos	
Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Se desarrollan los senos y se destacan los pezones • Los genitales se engruesan • Las caderas se ensanchan • Primera menstruación 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparece vello facial • Los hombros se ensanchan • El pene y los testículos aumentan de tamaño • Primera eyaculación
Cambios físicos Cambios físicos en ambos sexos	
<ul style="list-style-type: none"> • La piel se vuelve más grasa, puede aparecer acné • La voz cambia • Aparece vello en las axilas • Aumenta la transpiración • Aparece el vello púbico • Aumenta vello en brazos y piernas 	

Explicar a las y los adolescentes los cambios que ocurren en su cuerpo y fomentar la aceptación de su persona es ayudar a que vivan su sexualidad sin miedos ni prejuicios.

Por otro lado, está el desarrollo funcional de los órganos sexuales. Es vital enseñar a las y los adolescentes el nombre correcto de los genitales y ser empáticos, para no generar vergüenza. Se trata de conversar con naturalidad y ayudarlos a que conozcan y acepten su cuerpo; éste será un paso crucial para el desarrollo de una autoestima sana.

En el caso de las mujeres, ocurre la ovulación y, con ello, el inicio del ciclo menstrual. Recuerde explicar a las y los adolescentes que no todos los ciclos son iguales, algunos pueden ser más cortos o largos. Comente que antes de la primera menstruación hay una mayor cantidad de flujo vaginal transparente; también mencione los posibles dolores menstruales y su repercusión emocional en algunas personas.

Durante la pubertad, los hombres comienzan a producir espermatozoides; el semen, compuesto de esperma y líquidos corporales, se emite en la eyaculación. En algunos individuos se pueden presentar eyaculaciones nocturnas que se detendrán conforme continúe el crecimiento.

11.8% de las adolescentes abandonan la escuela debido a un embarazo no deseado.

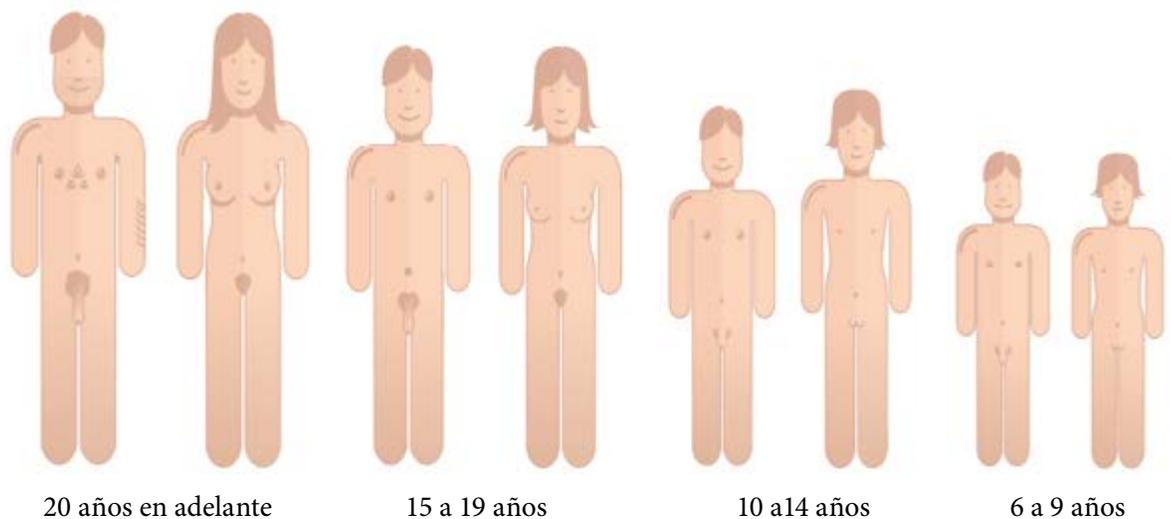


Figura 2.2. Desarrollo de órganos sexuales durante la adolescencia. Fuente: Gobierno de DF (2012). *Por mí, por ti, por tod@s. Información vital para la salud sexual*

2.1.2 El desarrollo psicológico y socioemocional de las y los adolescentes

Las y los adolescentes experimentan dudas ante los nuevos retos y funciones que desempeñarán en la sociedad. Conocer las etapas en las que se divide teóricamente esta etapa de la vida orienta a la o el prestador de servicios para delimitar e individualizar la manera de acercarse a la o el adolescente, pues podrá identificar con más rapidez las necesidades de quien acude al servicio.

	Adolescencia temprana 10-13 años de edad	Adolescencia media 14-16 años de edad	Adolescencia tardía 17-19 años de edad
Independencia	<ul style="list-style-type: none"> • Desafía a la autoridad, padres y miembros de la familia. • Rechaza cosas que hagan referencia a la niñez • Desea mayor privacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Se aleja de sus padres y se hace más cercano a sus amistades • Comienza a determinar sus propios valores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es independiente: “¿Debo trabajar o seguir estudiando?” • Entra a la vida adulta • Nuevo rol en la familia como un nuevo adulto
Desarrollo cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Encuentra difícil el pensamiento abstracto • Busca tomar más decisiones • Tiene cambios de humor 	<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia el desarrollo del pensamiento abstracto • Comienza a responder al análisis de posibles consecuencias • Tiene sentimientos que contribuyen a su conducta pero no puede controlarlos 	<ul style="list-style-type: none"> • Domina por completo el pensamiento abstracto • Demuestra una mejor resolución de problemas • Tiene mejor resolución de conflictos
Relaciones con iguales	<ul style="list-style-type: none"> • Amistades profundas con miembros del mismo sexo • Probablemente, tiene contacto con personas del sexo opuesto en grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Crea fuertes lazos con sus iguales • Comienza a explorar su habilidad para atraer parejas 	<ul style="list-style-type: none"> • Sus valores y decisiones son menos influenciados por sus compañeros • Se relaciona más individualmente que en grupo
Imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Se preocupa por los cambios físicos • Es crítica (o) sobre la apariencia física • Temas como la menstruación, sueños húmedos, masturbación, tamaño del pene o senos les causan ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Se preocupa menos por los cambios físicos que vive • Está más interesada/o en verse atractiva/o 	<ul style="list-style-type: none"> • Usualmente está cómodo con su imagen corporal • Acepta su apariencia física
Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Comienza a sentir atracción hacia otras (os) • Puede comenzar la masturbación • Puede experimentar juegos sexuales • Compara su desarrollo físico con el de sus compañeros 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en el interés sexual • Puede tener dificultades para encontrar su identidad sexual • Puede empezar a tener relaciones sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla relaciones íntimas serias que reemplazan a las amistades de grupo

continua...

<p>Mayores preocupaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad sobre los cambios y apariencia del cuerpo • Comparación con compañeros 	<ul style="list-style-type: none"> • Tensión entre la familia y los adolescentes por su independencia • El tener que balancear las demandas familiares y las de sus compañeros lo hacen más propenso a conductas de riesgo • Fuerte necesidad de mantener sus asuntos en privado • Entra en conflicto con su entidad étnica cuando tratan de encajar con una cultura dominante 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de sí mismo • Busca independencia económica • Decide su carrera o vocación • Desarrolla relaciones íntimas
-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.2 La sexualidad de las y los adolescentes

Desirée Vidaña; Marisela Olvera; Filipa de Castro
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

La sexualidad es un proceso dinámico y complejo que comienza cuando nacemos y se manifiesta de manera diferente a lo largo de nuestra vida. La población en general tiende a pensar que la sexualidad solo se refiere a tener relaciones sexuales, por ello se debe transmitir a las y los adolescentes que la sexualidad es un concepto más amplio, con diferentes aristas.

2.2.1 Sexualidad

El modelo propuesto por Eusebio Rubio sugiere que la sexualidad es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas, las cuales dan origen a los cuatro holones sexuales: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva interpersonal. Este modelo se basa en la Teoría del Sistema General, la cual indica que todos los subsistemas tienen manifestaciones entre sí (**Figura 2.3**).

La estructuración mental de la sexualidad es el resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de las experiencias que vive y que se originan en diversas potencialidades vitales, a saber, la de procrear, la de pertenecer a una especie dimórfica, la de experimentar placer físico durante la respuesta sexual y la de desarrollar vínculos afectivos con otras personas. La significación mental que el individuo hace de estas fuentes de experiencia conforma su sexualidad; cuando comparte dichas significaciones con otras personas, hace posible la consideración social de los procesos sexuales.

Antología de la sexualidad humana (2002). México: Porrúa.

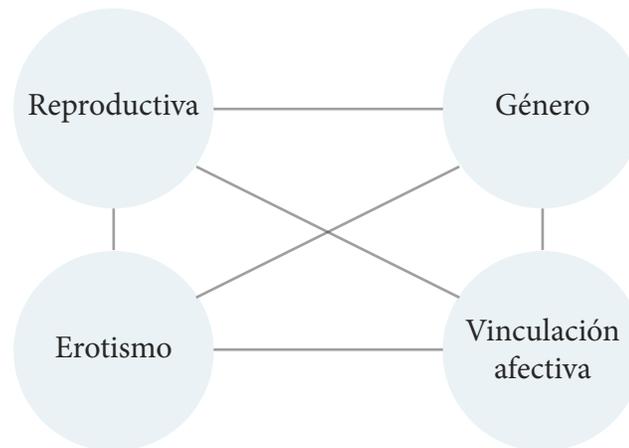


Figura 2.3. Modelo holónico de la sexualidad

2.2.2 Erotismo y sensualidad

El erotismo suele relacionarse con experiencias que conllevan intercambios corporales que traen consigo excitación y orgasmos. Es como nuestros cuerpos obtienen placer.

Por erotismo entendemos: los procesos humanos entorno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.

Al igual que los otros holones sexuales, el erotismo tiene niveles de manifestación biológica, pero son sus componentes mentales, especialmente en lo que se refiere a las representaciones y simbolizaciones, así como a la significación social y su regulación, lo que hacen del erotismo una característica específicamente humana.

Antología de la sexualidad humana (2002). México: Porrúa.

<http://tinyurl.com/obykqm9>



En el enlace encontrará el capítulo completo sobre el modelo holónico de la sexualidad, por Eusebio Rubio.

Hay quienes consideran que cuando el placer incluye todos los sentidos (vista, oído, tacto, gusto) se puede llamar sensualidad.

2.2.3 Vinculación afectiva intrapersonal

Esta parte de la sexualidad se refiere a la capacidad de entablar vínculos afectivos con otras personas. La habilidad de amar, confiar e interesarnos por otros con base en el nivel de intimidad. Se aprende de intimidad por las relaciones que vivimos a lo largo de la vida, principalmente en la familia.

Por vinculación afectiva interpersonal comprendemos: “La capacidad de sentir afectos intensos por otros, ante la disponibilidad o indisponibilidad de ese otro/a, así como las construcciones mentales alrededor de los mismos”. La forma más reconocida de vinculación afectiva, es el amor. Sin embargo, y contra lo que suele pensarse, se le puede dar el mismo nombre a formas de vinculación afectiva totalmente diferentes y hasta opuestas. Ocurre que por amor se entiende tanto la necesidad imperiosa de contar con la presencia de alguien, al punto que se siente indispensable para la vida [...] se le llama amor tanto al gozo de ver al ser querido feliz, como al dolor que experimentamos cuando nos abandona. [...] el componente indispensable de todas estas situaciones: la presencia de resonancia afectiva intensa. Los seres humanos nos vinculamos gracias a que los afectos provocados por los otros, (o por él o la otro/a) son lo suficientemente intensos como para tratar de mantenerlos o evitarlos. El amor es una forma ideal de vinculación.

Antología de la sexualidad humana (2002). México: Porrúa.

2.2.4 Identidad sexual

No se recomienda el uso del término “Preferencia sexual” porque da la impresión de que la persona puede decidir su orientación sexual.

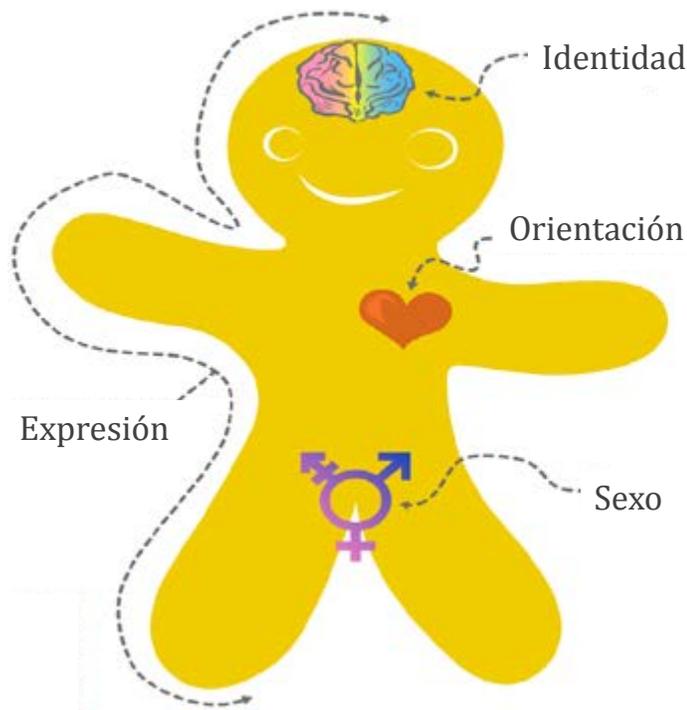
Se trata de un componente fundamental de la sexualidad; se refiere no solo al grado en que la persona se identifica con su sexo, sino que incluye la dimensión psicológica que esto implica. Se conforma de tres aspectos: identidad de género, rol de género y orientación sexual.

John Money y Anke Ehrhardt propusieron la siguiente definición para identidad de género y rol de género: “igualdad, unidad y persistencia de la propia individualidad como hombre, mujer o ambivalente, en mayor o menor medida, especialmente en cuanto se experimenta en la propia conciencia y conducta; la identidad de género es la experiencia privada del rol de género; el rol de género es la expresión pública de la identidad de género”. Cabe mencionar que ninguno de estos conceptos tiene, necesariamente, relación con la orientación sexual.

La orientación sexual, el tercer componente de la identidad sexual. Se refiere a la capacidad del individuo de sentirse atraído erótica y emocionalmente hacia un individuo del mismo sexo o diferente. Según Antonio Izazola, existen tres componentes de la orientación sexual: actividad física, afecto interpersonal y fantasías eróticas.

Sexo biológico	Identidad de género	Roles sociosexuales	Orientación sexual
Aquel codificado en el material genético en los cromosomas, que diferencia a los seres humanos como machos o hembras.	Percepción psicológica del individuo ser masculino, femenino o elegir cualquier punto entre esta línea.	Adherencia a comportamientos y actitudes según lo que se considera masculino y femenino.	Disposición erótica o afectiva hacia individuos del mismo o diferente sexo.
No determinan la orientación sexual.			

J. Izazola (2002) La bisexualidad en Antología de la sexualidad humana Porrúa: pp. 633-671.



IDENTIDAD DE GÉNERO
Mujer Transgénero Hombre

La identidad de género es como tú, en tu cabeza piensas de ti. Es la química que te compone (ej. Niveles hormonales) y cómo interpretas lo que eso significa.

EXPRESIÓN DEL GÉNERO
Femenina Andrógino Masculino

La expresión del género es cómo demuestras tu género (basado en los roles de género tradicionales) a través de la manera en que te comportas, te vistes o interactúas.

SEXO BIOLÓGICO
Femenino Intersexual Masculino

Se refiere lo que está determinado por nuestros órganos, hormonas y cromosomas. Femenino= vagina, ovarios, cromosomas XX; masculino= pene, testículos, cromosomas XY. Intersexual= combinación de ambos.

ORIENTACIÓN SEXUAL
Heterosexual Bisexual Homosexual

La orientación sexual es hacia quien estas física, espiritual y emocionalmente atraído, basado en su sexo/género en relación con el tuyo.

Fuente: <http://itspronouncedmetrosexual.com/2012/03/the-genderbread-person-v2-0/>

2.2.5 Salud sexual y reproductiva

Se define salud sexual como un estado de bienestar en los aspectos físicos, psicológicos y sociales, que permite disfrutar de una vida sexual satisfactoria y libre de cualquier situación de riesgo; como embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, violencia o discriminación.

Para alcanzar un estado de bienestar sexual y reproductivo, es prioritario contar con información que permita tomar decisiones adecuadas para disfrutar la sexualidad; los servicios de salud que brinden consejería basada en evidencia científica deben adherirse estrictamente al marco legal vigente y ofrecer acceso a los métodos anticonceptivos, incluyendo la pastilla de anticoncepción de emergencia.

2.3 Educación sexual integral (ESI)

José Aguilar, Alexis Sorel
RED DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD

Los principales canales que ponen en marcha el proceso de enseñanza-aprendizaje de la educación integral en sexualidad son la familia, la escuela, los amigos, las instituciones de salud y de desarrollo social, los medios de comunicación, y el Estado.

Algunos datos acerca de cómo las prácticas sexuales de las y los adolescentes afectan su vida actual y futura, son inquietantes: del total encuestado, 90% reportó no conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, asimismo, 11.8% abandona la escuela por un embarazo. Según la ENAPEA (incluir enlace para capítulo 1.4), la cifra de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6 a 18.7% entre 2003 y 2012. La pregunta es ¿cómo podemos ayudar a los adolescentes? La respuesta es ofrecerles una educación sexual integral (ESI).

2.3.1 ¿Qué es la educación sexual integral?

La educación integral de la sexualidad es un proceso de enseñanza-aprendizaje, formativo e informativo, desde el nacimiento hasta la muerte; que busca un enfoque holístico basado en el marco de los derechos humanos y tiene como objetivo vincular los conocimientos, las aptitudes esenciales para la vida, el desarrollo de actividades, así como actitudes y valores positivos para el ejercicio de una sexualidad física y emocionalmente placentera y responsable con su persona y la sociedad.

La educación integral en sexualidad considera la promoción de los derechos sexuales, la ciudadanía sexual, el impulso a la equidad entre mujeres y hombres, el fomento a la salud sexual, la responsabilidad ante la reproducción, el placer, el respeto a la diversidad, la eliminación de toda forma de violencia, así como la necesidad de evitar la discriminación, el abuso sexual y las actitudes racistas y sexistas. Para ello se basa en evidencia científica, derechos humanos y en los valores de una sociedad democrática y pluralista, en cuyo seno se desarrollan las familias y las comunidades. Todo lo anterior tiene el fin de generar respeto a las diferencias, rechazo a cualquier forma de discriminación y promover la toma de decisiones responsables e informadas acerca de la sexualidad.

Esta educación es una responsabilidad que atañe a familias, escuelas, las y los profesionales de servicios de salud, organizaciones religiosas, instituciones de salud y medios de comunicación. Es obligación del Estado garantizar el derecho a la educación integral en sexualidad, por ser parte de un derecho humano más amplio: el derecho a la educación, tal y como se expresa en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en diferentes acuerdos internacionales.

2.3.2 ¿Por qué es importante hablar sobre ESI?

El tema de la sexualidad suele omitirse en el núcleo familiar debido al miedo y desconocimiento de madres y padres; por lo tanto, la educación sexual en el hogar es, en la mayoría de las ocasiones, inadecuada, incompleta, basada en prejuicios y creencias falsas. Lo anterior se traduce en falta de información, mensajes no verbales y actitudes negativas que afectan el desarrollo psicosexual de niñas y niños, así como el aumento en las conductas de riesgo emocionales y sociales de las y los adolescentes: bullying y ciberbullying, abuso sexual, pornografía infantil, trata de personas, violencia en el noviazgo, inequidad de género, homofobia, infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados. Al considerar a las y los adolescentes como incapaces, ignorantes o irresponsables al ejercicio de su sexualidad, se pone en riesgo su salud, su vida y el ejercicio de sus derechos.

Las familias, en general, necesitan información verídica y habilidades para enfrentar dichos riesgos y romper con prejuicios, con el objetivo de lograr una comunicación adecuada sobre el tema. Por fortuna existen muchas madres y padres de familia que tratan de vencer las barreras para hablar del tema y contestan las dudas de sus hijas e hijos.

La escuela representa una oportunidad para subsanar la omisión de conciencia sobre la sexualidad en la familia; sin embargo, aún no se consigue que sea un espacio que brinde información adecuada, científica y laica sobre el tema. Aunque existe un currículo que incluye los temas de sexualidad, la mayoría de las veces el personal docente no está capacitado ni logra revisar los contenidos de dicha materia. En ocasiones son los directivos de alto nivel quienes se oponen a brindar información, justificando su proceder de acuerdo con sus prejuicios y valores personales.

El objetivo de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, firmada por 30 ministros de salud de América Latina y el Caribe es reducir en **75%** el rezago en educación sexual y en **50%** el rezago en servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Considerar a las y los adolescentes como incapaces, ignorantes o irresponsables del ejercicio de su sexualidad pone en riesgo su salud y su vida.

En cuanto a las instituciones públicas, pocas logran sobrepasar la omisión, ofreciendo en sus servicios información y servicios de salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes. En general, no se hacen responsables de su obligación como profesionales de apoyar los derechos sexuales juveniles.

Diversos estudios muestran los beneficios directos de brindar educación sexual integral a niñas, niños y a las y los adolescentes. Uno de estos estudios es la revisión de la experiencia internacional de la ENAPEA, donde se muestra que en Inglaterra los embarazos no deseados en mujeres de entre 15 y 17 años de edad se redujeron en 41% de 1998 a 2012.

Beneficios de la ESI
<ul style="list-style-type: none">• Mejora la comunicación familiar.• Propicia el cuestionamiento de valores.• Promueve la equidad de género.• Retrasa el inicio de la vida sexual, y con menor número de parejas.• Previene embarazos no planeados.• Favorece el uso del condón y disminuye la prevalencia de VIH.• Fomenta el ejercicio de los derechos humanos.

2.3.3 Componentes de la ESI: género, salud sexual y reproductiva, relaciones, violencia, diversidad sexual, ciudadanía, placer

La Educación Integral de la Sexualidad, según la IPPF (poner enlace a <http://www.ippf.org>), comprende siete componentes que permiten dimensionar el ejercicio de la sexualidad en aspectos biológicos, psicológicos, sociales y políticos. Los componentes son género, salud sexual y reproductiva, relaciones, violencia, diversidad, placer y ciudadanía sexual, y se definen de la siguiente manera.

1. Género: construcción social y cultural de lo masculino y lo femenino; genera roles y estereotipos a mujeres y hombres. Incluir este componente tiene la finalidad de reflexionar sobre las creencias que han provocado relaciones desiguales, y con ello, construir relaciones basadas en la equidad y el reconocimiento de los derechos de hombres y mujeres por igual.

Ideas clave

- Mujeres y hombres gozan del mismo derecho para disfrutar del ejercicio de la sexualidad.
- La Educación Integral de la Sexualidad debe brindarse por igual a ambos sexos.
- La responsabilidad de la prevención de embarazos e ITS es de todos y todas. Para saber más sobre ITS y los vectores que afectan la salud sexual ir al tema 3.4 Prevención, detección y tratamiento de ITS/VIH en las y los adolescentes.

2. Salud sexual y reproductiva: estado de bienestar físico, psicológico y social, que permite disfrutar de una vida sexual satisfactoria y libre de cualquier situación de riesgo.

Ideas clave

- Otorgar herramientas para identificar, prevenir y erradicar situaciones de violencia, abuso sexual y discriminación.
- Proporcionar información sobre métodos anticonceptivos, pastilla de anticoncepción de emergencia, infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, y métodos para prevenirlas.
- Conocimiento y ejercicio los derechos sexuales y reproductivos.

3. Relaciones: aspecto afectivo de la convivencia que se establece entre los seres humanos; ya sea entre familiares, amistades o de carácter erótico. En cualquiera de ellas se requieren herramientas para que sean saludables, libres de coerción y violencia. Contar con salud emocional y establecer relaciones saludables con familiares, amigos y pareja, influye en cómo se ejercerá la sexualidad.

Ideas clave

- Favorecer la autoestima permite establecer relaciones saludables y prevenir o limitar relaciones violentas.
- Cada persona tiene el derecho a establecer relaciones con quien desea en un ambiente de respeto.
- Las relaciones entre personas son diversas, por lo cual se deben respetar todas las relaciones por igual.

4. Violencia: uso deliberado de la fuerza física o el poder como amenaza contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad que cause o tenga posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones de la libertad. Existen diferentes tipos de violencia hacia las mujeres y los hombres: física, sexual y psicológica.

Es urgente conocer las leyes y los derechos que garantizan y protegen de relaciones violentas, así como los servicios que brinda la comunidad para prevenir y erradicar todo tipo de violencia, pues vulnera al ser humano y lo coloca en situaciones de riesgo. Vivir libre de violencia asegura la calidad de vida y el ejercicio sexual saludable.

Ideas clave

- Hombres y mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de violencia.
- Es necesario conocer las leyes que garantizan y protegen a las personas ante situaciones de violencia.
- Es fundamental educar en la equidad, el respeto y la aceptación.



Recomendamos la película *Transamérica*, la cual explora el tema de la diversidad.

5. Diversidad: nos permite reconocer la pluralidad en los seres humanos en aspectos étnicos, religiosos, culturales, económicos y sexuales. En cuanto a la diversidad sexual, no hay que reducirla a ser heterosexual, homosexual, bisexual, o a situaciones de género como ser transexual, transgénero, travesti o intersexual sino comprender que la diversidad sexual va más allá de la orientación sexual. Mujeres y hombres son diferentes en todos los aspectos; no existen modelos únicos o estandarizados, por lo cual, el respeto a la diversidad es fundamental para evitar el estigma y la discriminación.

Ideas clave

- Entender la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos.
- Reconocer el derecho de las personas a vivir su sexualidad de acuerdo con sus convicciones y orientación en el marco del respeto a los otros.
- Reflexionar sobre las consecuencias de la homofobia, estigmatización y discriminación y promover una cultura de respeto.

6. Placer: componente medular en el ejercicio de la sexualidad. El placer integra el erotismo, la sensualidad, el deseo y las fantasías, que se expresan a través del autoerotismo, la masturbación y la relaciones coitales: heterosexuales, homosexuales o bisexuales.

Ideas clave

- Respetar las decisiones de las y los otros en cuanto a establecer prácticas placenteras.
- Para el ejercicio de la sexualidad no es válida la coerción ni violencia.
- La autoestima, la capacidad para tomar decisiones asertivas, la comunicación y la negociación son elementos que permitan disfrutar de mejor manera la sexualidad.

7. Ciudadanía sexual: se refiere al derecho de las personas de vivir en un Estado que respete y proteja sus derechos humanos y, por lo tanto, sus derechos sexuales y reproductivos, asumiendo la responsabilidad de hacerlos cumplir. Este enfoque de ciudadanía está centrado en las personas como poseedoras de dignidad, condición que garantiza la universalidad de los derechos. Se trata de promover la extensión de los derechos humanos, en especial de los derechos sexuales y reproductivos, para el

reconocimiento de nuestras libertades, nuestra dignidad humana y calidad de vida sin distinción de raza, etnia, religión, orientación sexual, edad o género. En nuestro país existe la Cartilla de los Derechos Sexuales y Reproductivos, que reconoce a las y los jóvenes como sujetos de derecho.

Ideas clave

- Se debe reconocer a las y los jóvenes como sujetos de derecho.
- La sexualidad es reconocida como un derecho humano, dado que es un elemento inherente de las personas.
- Los derechos sexuales y reproductivos son una herramienta fundamental para prevenir embarazos no planeados, ITS, violencia y homofobia.

2.3.4 ¿Por qué la educación sexual integral debe incluirse en el cuidado de la salud de la y el adolescente?

Las y los profesionales de las instituciones tienen que hacerse responsables de promover la prevención y brindar el apoyo necesario para ofrecer educación integral de la sexualidad. Por ello, deben reflexionar y revisar de forma constante sus experiencias sexuales, valores, actitudes y conductas ante la sexualidad, con el fin de identificarse como sujetos de la construcción social de su época y su entorno, así como acercarse a la comprensión de la construcción de otras sexualidades de las personas a las que brindan servicios.

Uno de los objetivos del trabajo en educación integral de la sexualidad es apoyar a las personas de la comunidad en los diferentes espacios, para que sean críticos ante las regulaciones sociales y morales, y discutan sobre los factores económicos y sociales que afectan su conducta sexual, así como que se asuman sujetos de derechos con autoridad moral, con el fin de ejercer su autonomía y tomar de decisiones de forma responsable y consciente sobre su vida sexual.

2.4 Promoción de conductas saludables en las y los adolescentes

Armando Barriguete, Adriana Viladoms, Paola Barriguete Cardona, Arturo Pérez
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

En la adolescencia se presentan conductas de desarrollo y de riesgo. Las primeras contribuyen para que la persona adquiera independencia y alcance su máximo potencial. Las conductas de riesgo, por otro lado, limitan u obstaculizan el progreso. Si bien la asunción de riesgos forma parte de crecer, ya que pone a prueba y amplía las capacidades, puede traer efectos negativos a largo plazo. Por ejemplo, en 2009, 27.7% de las y los adolescentes había iniciado su vida sexual, pero únicamente cuatro de cada 10 utilizaron algún método anticonceptivo. Identificar las conductas de riesgo en las y los adolescentes permite encontrar espacios de oportunidad para orientar a la o el joven y prevenir futuros riesgos.



Recomendamos la película *Trainspotting*, la cual explora el tema del consumo de drogas en adolescentes.

2.4.1 ¿Por qué es importante identificar las conductas de riesgo en las y los adolescentes?

Como prestadora o prestador de servicios de salud, conviene desarrollar la capacidad de detectar conductas de riesgo. Dicha capacidad representa una herramienta para conocer mejor a la o el adolescente y su situación. Así se puede determinar el punto en el que está la o el joven, y a partir de ahí, tomar acciones para trabajar con ella o él para prevenir futuros riesgos.

Las conductas de riesgo se pueden leer como formas de alerta, maneras de la o el adolescente de comunicar lo que le sucede. Para determinar el grado de riesgo de una conducta, podemos hacernos las siguientes preguntas.

- ¿Qué tan severa es la conducta de riesgo?
- ¿Qué tan consciente es la o el adolescente de las consecuencias de sus actos?
- ¿Qué estrategias conoce o usa la o el adolescente para minimizar el daño asociado a la conducta de riesgo?

Conociendo a la o el joven y su situación, se calcula el nivel de riesgo; lo cual facilitará la creación de estrategias para prevenir futuros riesgos y problemas.

Niveles de riesgo	
Bajo	La conducta es esporádica, recreativa y experimental. La convivencia y desempeño en la familia, lo social y la escuela son estables y existen algunos factores de protección.
Moderado	Hay conductas con consecuencias, factores de riesgo sociales y ambientales. Existen problemas familiares y la influencia de otros pares del grupo. Historia familiar de depresión, baja autoestima.
Alto	Mayor riesgo a la salud, la seguridad o la vida de la o el adolescente. Se puede encontrar fuera de control y existen conductas dañinas persistentes, así como consecuencias considerables, como podría ser problemas en las relaciones interpersonales, pobre desempeño escolar o conflictos familiares.

2.4.2 Factores de riesgo en la o el adolescente

Los factores de riesgo se dividen en cuatro rubros: individuales, familiares, escolares y sociales. Cada rubro determina el dominio para realizar la intervención por parte de la o el prestador de servicios de salud, y junto con el nivel de riesgo, ofrecen la posibilidad de individualizar la estrategia para brindar una educación sexual integral (**Figura 2.4**).



Recomendamos la película *Temporada de patos*, la cual explora el tema del uso de drogas en adolescentes.

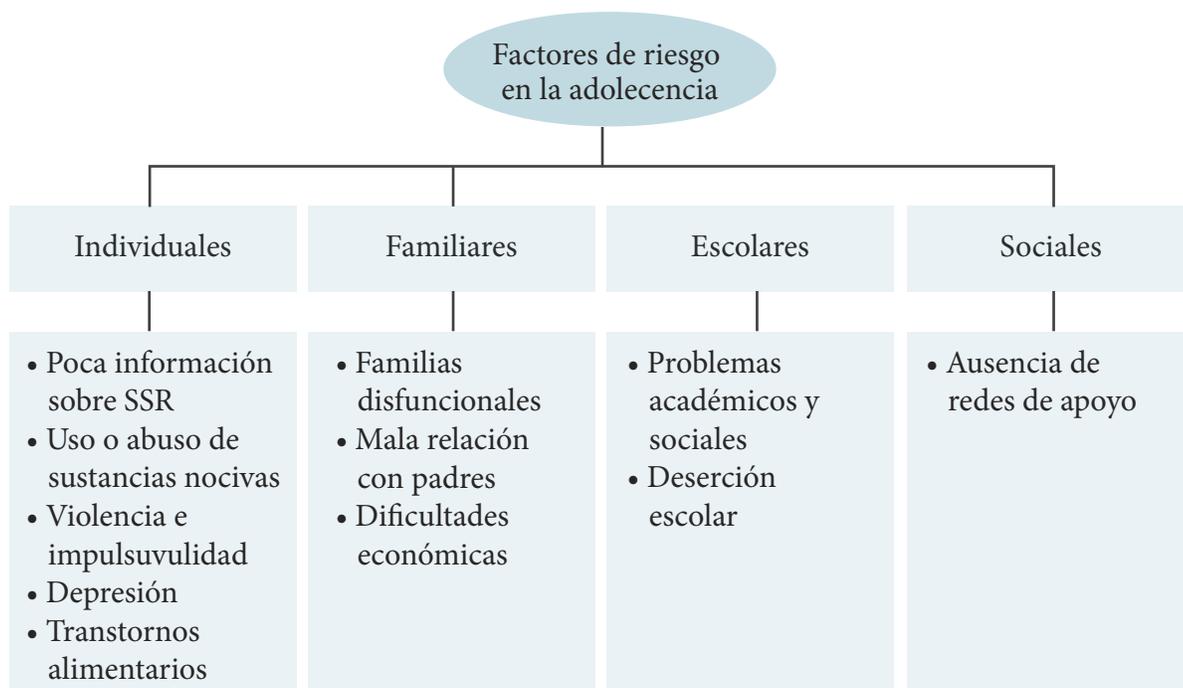


Figura 2.4. Factores de riesgo en la adolescencia.

Las menores de **18** años de edad tienen el doble de posibilidades de ser golpeadas por el padre de sus hijos.

2.4.2.1 Individuales

Poca información sobre SSR

A pesar de la cantidad de información existente sobre salud sexual y reproductiva (SRR), algunos adolescentes no poseen las herramientas indispensables para llevar una vida sexual plena, sana y sin riesgos, lo que condiciona sus decisiones.

Las y los adolescentes necesitan conocer los riesgos que se pueden presentar y las consecuencias de sus conductas. Resulta indispensable determinar si la o el joven está consciente de su situación y de sus conductas, y si la información que tiene es clara, completa y actualizada.

Consumo y abuso de sustancias nocivas

El consumo de sustancias, principalmente alcohol o marihuana, es uno de los factores de riesgo más significativos cuando hablamos de salud sexual y embarazos en la adolescencia. El consumo de sustancias ubica a el o la adolescente en un estado de incapacidad para tomar decisiones adecuadas; aumenta su sensación de invulnerabilidad y disminuye su autocontrol; lo cual lo lleva a poner en riesgo a su persona y a los demás.

Las conductas sexuales bajo los efectos de sustancias se consideran de mayor riesgo, dado que se ve afectada la valoración de la probabilidad de contraer una ITS o embarazo no deseado.

de cada 8 adolescentes presenta depresión severa.

<https://moodgym.anu.edu.au/>



En enlace encontrarás un curso gratuito para aprender a controlar emociones.

Violencia e impulsividad

Los datos del Imjuve y de la Unicef reportan que las y los adolescentes representan una población víctima de violencia, aunque también pueden fungir como agresores. El Imjuve reporta que 7 de cada 10 jóvenes de entre 15 y 24 años de edad sufre violencia psicológica, física o sexual, y 3 de cada 10 se suicidan porque se sienten excluidos de la sociedad. Por su parte, la Unicef menciona que 7 de cada 10 jóvenes sufre de violencia en su relación de noviazgo (76% de violencia psicológica, 16.5% de violencia sexual y 15% de violencia física). En cuanto a la violencia en la familia, solo 34% de los adolescentes mayores de 15 años de edad no atestiguaron violencia física entre sus padres; mientras que el 66% restante ha vivido al menos una de las formas de violencia.

La impulsividad o escasa percepción del riesgo, se refiere al inadecuado desarrollo de la capacidad para valorar adecuadamente las consecuencias de sus actos, así como la necesidad de explorar su entorno bajo reglas diferentes a las establecidas en la familia. Por ello hay que explorar cómo maneja la o el adolescente sus impulsos: ¿qué tanto piensa antes de actuar? ¿se detiene a revisar qué va a hacer y cómo lo va a hacer? ¿actúa antes de pensar? Las conductas de riesgo propiciadas por impulsividad se deben a que él o ella no se detiene a pensar bien qué está haciendo o lo que hará.

Tener una historia de abuso físico o sexual en la infancia incrementa los riesgos en las y los adolescentes, pues genera dificultades de tipo emocional. Se ha o que las mujeres que durante su infancia han sido víctimas de abuso, violencia doméstica y otros conflictos familiares, tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia.

Para el embarazo adolescente, dos causas preocupantes son el matrimonio forzado y la violencia sexual en menores de 18 años de edad, quienes a consecuencia de esto, están expuestas a lesiones físicas y psicológicas e ITS, además de embarazos no deseados.

Depresión

El estado de ánimo es un aspecto vital en la edad adolescente. Es propio de esta etapa que haya cambios frecuentes y que incluso la o el joven se muestre más sensible o poco frente a algunas situaciones. El origen de la depresión en las y los adolescentes es multifactorial y se desencadena por elementos como el estrés, las decepciones, la pena por la pérdida de un ser querido, la violencia familiar, etcétera.

Conocer cómo reacciona la y el adolescente ante los cambios sirve para diferenciar si presenta datos de depresión o si se trata de una reacción normal por la edad adolescente.

Trastornos alimentarios

Hoy sabemos que las alteraciones de la conducta alimentaria pueden llevar a pérdida de peso (anorexia nerviosa o nerviosa), adquisición de conductas compensatorias, como el vómito, ejercicio compulsivo, uso de diuréticos o laxantes (bulimia nerviosa o nerviosa), así como pérdida de control (trastorno por atracón). Para entender dichos desórdenes fácilmente, se han identificado muchas variaciones.

2.4.2.1 Familiares

La familia es la principal red de apoyo para una o un adolescente. Es el sistema a partir del cual ella o él aprenden las pautas de conducta y los valores que rigen su vida. Saber qué hacer o qué no hacer, viene en gran parte de lo aprendido en el sistema familiar.

Familias disfuncionales

Cuando hay desintegración familiar o no hay una estructura que marque la pauta para los valores y conductas, la o el adolescente sentirá desorientación y confusión. Las familias desintegradas generan distintos comportamientos disfuncionales en las y los menores de edad, desde desvinculación de la propia familia y aislamiento, hasta conductas inadaptadas y de peligro. De ahí que la familia disfuncional sea un factor para las conductas sexuales de riesgo en el adolescente.



Recomendamos la película *Malos hábitos*, la cual explora el tema de los trastornos alimenticios.



Recomendamos la película *Precious*, la cual explora el tema de la mala relación con los padres y dificultades económicas.

Evitar la deserción escolar es uno de los objetivos de la ENAPEA.



Recomendamos la lectura del libro *Pregúntale al polvo*, de John Fante, el cual explora el tema de la deserción escolar y violencia en pareja.

Mala relación con madres y padres

La relación de las y los jóvenes con sus madres y padres representa un tipo de vínculo que se vuelve más significativo en esta edad. Las o los jóvenes no recurren tanto a madres y padres, pero se requiere de un vínculo que sopesa y contenga a la o el joven en las dificultades de esta etapa. Debe haber un lazo fuerte y una comunicación en la que se fortalezca dicha relación y se marque la pauta para un apoyo que será fundamental. Cuando no hay una amplia y clara comunicación entre las y los adolescentes y sus madres y padres, se crea una situación de riesgo en la que la o el joven no tiene una guía que seguir en su conducta de desarrollo, de tal forma que la o lo expone a situaciones poco favorables.

Dificultades económicas

Conocer la situación económica de la o el adolescente y su familia ayuda a ubicar a la o el joven en su contexto actual y real. Asimismo, es indispensable indagar lo que dicha situación significa para ella o él y lo que hace al respecto.

2.4.2.1 Escolares

La escuela es el lugar donde la o el adolescente se desenvuelve tanto académica como socialmente. Le proporciona una estructura, en la cual la o el adolescente puede apoyarse para fincar un sentido a su vida y empezar a planear algo sobre su futuro. El aspecto académico nos ofrece información sobre cómo se siente la o el adolescente.

Problemas académicos y sociales

Conocer el desempeño en las distintas materias escolares de la o el adolescente nos puede orientar a identificar si se encuentra ante alguna dificultad y, sobre todo, a determinar cómo es su funcionamiento global. Lo académico involucra habilidades de planeación, organización, responsabilidad, compromiso y necesidad de cumplir. Cuando una o un adolescente tiene dificultades académicas, quizá sea porque presenta obstáculos en el aspecto social, pues es el espacio en donde la o el joven se involucra y se desenvuelve.

Los problemas académicos sumados a dificultades sociales son un factor de riesgo para el y la adolescente, pues lo pueden llevar a conductas de riesgo en sexualidad e interacción interpersonal.

Deserción escolar

Las y los jóvenes que no acuden a la escuela y carecen de alguna actividad laboral presentan dificultades en su funcionamiento cotidiano y desarrollo integral, al no contar con un proyecto de vida específico sobre el cual trabajar. Esto lleva a perder el sentido de la vida saludable de una o un joven y se convierte en un factor de riesgo para conductas poco adecuadas en cuanto a su sexualidad.

La deserción escolar genera elevados costos sociales y privados. Entre los primeros, se encuentran los que derivan de disponer de una fuerza de trabajo menos competente y más difícil de calificar y su efecto en el crecimiento económico, así como los que surgen de contar con un capital social incapacitado para colaborar activamente en el equilibrio entre deberes y derechos ciudadanos.

2.4.2.1 Sociales

La participación de la o el adolescente en su grupo social y sobre todo la pertenencia a él representan un factor en su propio desarrollo evolutivo y en la exposición a situaciones de riesgo en el tema de sexualidad.

Ausencia de redes de apoyo

Una red de apoyo es una estructura que brinda seguridad y provee a la persona de un tejido del cual puede echar mano para sentirse bien. Las y los adolescentes con redes de apoyo tienen la opción de recurrir a ellas en situaciones de riesgo. Cuando se sienten vulnerables, las redes de apoyo funcionan como sistemas protectores para llevar a la o el joven a una sensación de seguridad, protección y que esto le permita tomar decisiones adecuadas.

La familia, la escuela y el grupo de amigos son las tres esferas que dominan la vida de las y los jóvenes de entre 12 y 18 años. Durante la adolescencia, el tiempo de contacto con los padres se reduce notablemente. Cuando, además, los adolescentes desertan de la escuela, los espacios de contención y formación se ven reducidos, quedando solo el contacto con sus amigos, lo que les permitirá satisfacer necesidades básicas, como pertenecer a un grupo, aunque también aumentará los factores de riesgo, por el escaso control familiar existente.

La evidencia presentada en esta revisión permite sugerir que los programas de promoción y prevención en la salud del adolescente que esperan tener efecto sobre esta población, deben dirigirse principalmente a las fuentes de apoyo social que el adolescente percibe y recibe, debido a que dichas redes ejercen gran influencia sobre sus comportamientos tanto positivos como negativos.

Linda Orcasita Pineda. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. 29 de agosto de 2015, de *Psychologia: Avances de la Disciplina* Sitio web: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862010000200007&script=sci_arttext

2.5 Comunicación e información amigable para las y los adolescentes

Rena Dixon

SOUTH CAROLINA CAMPAIGN TO PREVENT TEEN PREGNANCY

Margarita Franco

CONSULTORA PASOS

Entablar un diálogo constructivo con las y los adolescentes puede ser complicado, pero hacerlo en torno a un tema tan personal como la sexualidad eleva el grado de complejidad considerablemente. Por ello, es ideal que la y el prestador de servicios de salud sean incluyentes y generen un diálogo que ayude a las y los adolescentes a discernir entre las múltiples opciones, crear habilidades que les ayuden a ejercer su derecho a la salud sexual, sin que este intercambio de ideas sea interiorizado por la o el adolescente como regaño o imposición de reglas. Pero, ¿cómo generamos una buena comunicación? Primero, hay que conocer la etapa del desarrollo en que se encuentra la o el adolescente para saber qué ocurre en su cuerpo y ser capaces de dar una consejería individualizada y eficaz, acorde a las capacidades y necesidades de quien acude.

2.5.1 Desarrollo y crecimiento de la y el adolescente

Durante la adolescencia, la corteza prefrontal, responsable del control de impulsos, planeación y toma de decisiones, aún se está formando. Por ello, la o el adolescente responde a estímulos de una manera más instintiva, pues su cerebro se encuentra dentro de un cambio drástico.

Funciones de la corteza prefrontal

Establecer prioridades, organizar planes e ideas, plantear estrategias, controlar impulsos, focalizar atención.

- Habilidad de planeación, adaptación social; aún está en desarrollo el poder imaginar las consecuencias de sus acciones.
- El cerebro aún está desarrollando la habilidad de conectar sentimientos instintivos con experiencias previas.

(Adaptado de: “The Adolescent Brain: a work in progress”, Weinberger, Elvevag, Giedd, Junio, 2005.)

Para entender el desarrollo cognitivo por el que pasa la o el adolescente, son de utilidad las etapas propuestas por Piaget.

- **Etapa de las operaciones concretas:** de los siete a los 11 años de edad, predomina el pensamiento concreto y literal; la o el adolescente comienza a resolver problemas de manera más lógica.
- **Etapa de las operaciones formales:** de los 11 años de edad a la adultez, se tiene la capacidad de pensar abstractamente, expande sus conocimientos; desarrollo del pensamiento y razonamiento crítico; se destaca competencia a través del logro académico.

En cuanto al desarrollo psicosocial, la y el adolescente pasan por dos etapas, de las sugeridas por Erikson.

- **Industriosidad frente a inferioridad:** de los 6 años a la pubertad; desarrollo de una sensación de orgullo en sus logros, formulación y seguimiento de proyectos hasta alcanzar su objetivo.
- **Identidad frente a confusión de papeles:** durante la adolescencia, las y los jóvenes se vuelven más independientes; desarrollan la idea de futuro respecto de carrera profesional, relaciones, familias, vivienda; comienzan a formar la identidad a partir de sus exploraciones; aumenta

Ofrezcamos una consultoría pensando en el desarrollo real del adolescente y no en el que debería tener según la teoría

su capacidad de comunicación y negociación, así como la capacidad de tener relaciones significativas con adultos y compañeros.

Para profundizar en el aspecto emocional, se puede partir de las etapas de desarrollo psicosexual de Freud.

- **Periodo de latencia:** de los 5 años de edad a la pubertad; periodo en el que los impulsos sexuales son suprimidos y permiten que el niño concentre su energía en otros aspectos de la vida.
- **Fase genital:** pubertad en adelante; la sexualidad despierta, se presenta nuevamente el deseo e interés sexual, se comienzan a perseguir relaciones, inician la masturbación y relaciones sexuales, y es posible la reproducción. Se desarrolla un sentido de identidad personal, autonomía y control personal; se puede hacer frente a decisiones y habilidades para lidiar con el estrés.

Como ayuda para establecer el desarrollo moral, sugerimos las etapas de Kohlberg, quien opina que las decisiones que el individuo toma tienen menos peso que el razonamiento que involucra decidir. Según esta escala, la o el adolescente se encuentra en el nivel tres (moral postconvencional o basado en principios) y dentro de este nivel hay dos etapas.

- **Etapas 1: derechos previos y contrato social (utilidad):** se integran las diferentes perspectivas individuales mediante mecanismos formales de acuerdo, contrato, imparcialidad y procedimiento legal. Se toman en consideración la perspectiva moral y la jurídica, destacándose sus diferencias, lo cual hará difícil la conciliación.
- **Etapas 2: principios éticos universales (autonomía):** se alcanza por fin una perspectiva propiamente moral de la que se derivan los acuerdos sociales. Es el punto de vista de la racionalidad, según el cual, todo individuo racional reconocerá el imperativo categórico de tratar a las personas como lo que son: fines en sí mismas, y no como medios para conseguir ninguna ventaja individual o social.

2.5.2 Comunicación con las y los adolescentes

Aprendizaje significativo. Según David Ausubel, es el tipo de aprendizaje en el que un estudiante relaciona la información nueva con la que ya posee, reajustando y reconstituyendo ambas informaciones en este proceso.

Uno de los objetivos para entablar comunicación con las y los adolescentes, por parte de la o el prestador de servicios de salud, es utilizar herramientas psicoeducativas para generar **aprendizaje significativo**. Todos los seres humanos poseemos estrategias específicas de aprendizaje, las que nos ayudan a enfrentar tareas formales y/o informales. Entre las formales podemos nombrar la comprensión lectora, así como el razonamiento abstracto y matemático, entre otros; las informales se refieren a la toma de decisiones cotidianas, tales como vestimenta y alimentación, hasta juicio común frente a situaciones de peligro. El éxito de este aprendizaje se mide en la capacidad del individuo para automatizar las respuestas y adaptarlas o aplicarlas a situaciones nuevas o similares.

La o el prestador de servicios de salud debe asegurarse de que la o el adolescente se apropie de las bases fundamentales, que van desde el funcionamiento del aparato reproductivo, el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, la prevención de infecciones de transmisión sexual, llegando hasta la introyección de los derechos sexuales y reproductivos. Aunque una condición ideal sería que todo este conocimiento se facilitara en un ambiente educativo, debemos tener en cuenta dos factores que influyen en este proceso: lo que está en la manos de las y los proveedores de salud y en circunstancias pertinentes a sus labores, es decir, citas médicas, chequeos, charlas cortas, etcétera; y por otro lado, asumir que no todas las o los receptores cuentan con herramientas previas de aprendizaje exitosas, debido a su nivel educativo, así como condición sociocultural y económica.

Por ello, al desarrollar e implementar modelos psicoeducativos se deben considerar dos principios básicos: la ruptura y creación de nuevos paradigmas cognitivos y la generación del aprendizaje significativo.

El paradigma cognitivo como metodología se gestiona bajo una sola premisa: el individuo debe aprender a aprender. Aunque en una situación como las mencionadas anteriormente, en la que una proveedora o un proveedor de salud no cuenta con el tiempo suficiente para generar un proceso estructurado de aprendizaje formal, debe entonces asegurarse de manejar estrategias didácticas muy concretas y sencillas que permitan asimilar la información entregada y tener fácil acceso cognitivo

Tips para un encuentro positivo

- Sea accesible
- Está bien no saber la respuesta
- Reconozca sus limitantes
- Evite asumir hechos
- Informe sobre mitos y percepciones erróneas sin menospreciar
- Evite sermonear y regañar
- Sea sensible a posibles diferencias culturales
- Sea realista con las metas
- Sea paciente

al mismo, es decir, recordarlo, aplicarlo y replicarlo con facilidad. En estos casos, el uso de lenguaje básico y ejemplificar con situaciones con las que la receptora o el receptor se sienta familiarizado e involucrado asegurarán el éxito de la tarea de la proveedora o el proveedor. También es útil el uso de otros recursos como [páginas web](#), videos en las salas de espera, carteles e infografías amigables: todo lo anterior favorecerá el aprendizaje significativo.

Tener como meta generar aprendizaje significativo durante la consulta permitirá buscar estrategias para romper las barreras con la o el adolescente, quien por lo general no confía en figuras de autoridad, pues duda acerca de si en realidad la o lo escuchan, ellas o ellos tienen miedo de evidenciar sus vulnerabilidades o exponer dudas, entre otras cosas, por temor a recibir un castigo por parte de sus madres o padres. Hay que tener en cuenta que las o los adolescentes desean ser tratados como adultos jóvenes, con respeto y tolerancia. Por ello hay que partir del respeto e interiorizar los siguientes puntos.

4 Premisas para la comunicación con las/los adolescentes.

1. Es decisión de las y los adolescentes tener relaciones sexuales.
2. Las y los adolescentes tienen derecho a la confidencialidad en los servicios de planificación familiar.
3. Las y los adolescentes tienen derecho a recibir información médica verídica y honesta.
4. Las y los adolescentes tienen derecho a recibir un servicio libre de prejuicios.

2.5.3 Estrategias de consejería

La consejería busca orientar y no imponer ideas; se trata de mostrar las diferentes opciones, así como apoyar y capacitar a la o el adolescente para que encuentre la solución más adecuada para su persona. Al promover que sea ella o él quien resuelva sus dificultades, fomentamos la madurez, la exploración y la comprensión de sí mismos; también facilitamos que consigan las tareas críticas para convertirse en adultos productivos y responsables.

No es lo mismo proveer consejería a alguien de 13 años de edad que a una persona de 18; ésta debe girar en torno a las necesidades y requerimientos de las y los adolescentes, así como individualizar a la persona, teniendo en cuenta identidad y orientación sexual, etapa de desarrollo, conocimientos, intereses, cultura, etnia y valores. De esta manera, la y el prestador de servicios generará confianza, afinidad y vínculo, siempre y cuando base su trabajo en el respeto, la aceptación y la no discriminación de la persona a quien atiende. Aquí ejemplificamos tres formas de acercarse a la o el adolescente: dictatorial, permisiva y guiada.



Recomendamos la película *En la casa*, la cual explora el tema de cómo hablar con adolescentes.

Dictatorial

Relación tradicional entre médico y paciente

- La proveedora o el proveedor da instrucciones precisas que la o el paciente debe seguir.
- Generalmente, no se permite que la o el paciente escoja o exprese su opinión.

Ejemplo:

La o el adolescente comenta al proveedor de salud: “Estoy teniendo relaciones sexuales, pero no quiero embarzarme”.

Respuesta: “Las pastillas hormonales son la mejor opción, ten tu receta”.

Permisiva

Relación tradicional entre orientadora u orientador de salud y paciente

- La proveedora o el proveedor de salud ofrece muchas opciones.
- Permite que la o el paciente tome sus propias decisiones.
- Únicamente se hace cargo de la estructura de la consulta.

Ejemplo

La o el adolescente comenta a la proveedora o el proveedor de salud: “Estoy teniendo relaciones sexuales, pero no quiero embarazarme”.

Respuesta: Perfecto. Aquí tienes esta guía con todos los métodos anticonceptivos disponibles. Te voy a explicar cada uno”.

Cuidado
Enfoque colaborativo

- La proveedora o el proveedor de salud brinda información cuando la o el paciente está en el proceso de tomar una decisión informada.
- Apoya a que la o el paciente alcance sus expectativas en cada visita.
- Promueve la independencia y toma de decisiones de la o el paciente.

Ejemplo

La o el adolescente comenta a la prestadora o el prestador de salud: “Estoy teniendo relaciones sexuales, pero no quiero embarazarme”.

Respuesta: “Si tu plan es seguir teniendo relaciones sexuales, necesitamos encontrar un método anticonceptivo apropiado para ti”.

-
- i. INSP/Censida (2014). Análisis sobre la educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados.
 - ii. http://portal2.edomex.gob.mx/coespo/centrodedocumentacion/publicaciones/guia_didactica/groups/public/documents/edomex_archivo/coespo_pdf_mod3pdf1.pdf
 - iii. Unicef. (n.d). Violencia y maltrato. 1 de septiembre de 2015, de Unicef Sitio web: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17045.htm>



Módulo 3

3. Mejores prácticas

Temas

- 3.1 Marco normativo de la atención en salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes en México
- 3.2 Salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes
- 3.3 Anticoncepción para las y los adolescentes
- 3.4 Prevención, detección y tratamiento de ITS/VIH en las y los adolescentes
- 3.5 Interrupción legal del embarazo en adolescentes
- 3.6 Herramientas

Objetivo

Implementar las mejores prácticas enmarcadas en la normatividad y en el respeto de todos los derechos humanos.

Introducción

En este módulo se estudiará el marco legal de la atención en salud sexual y reproductiva, con el objetivo de esclarecer dudas respecto de cuándo y cómo brindar servicio de consejería, con énfasis en explicar los criterios de elegibilidad para los métodos anticonceptivos.

Se hará una revisión de la anticoncepción de emergencia, anticoncepción de acción prolongada y protección dual. Se estudiarán estrategias para detectar factores de riesgo para la transmisión de ITS/VIH, así como las preguntas que deben formularse durante una consejería. Por último, se proporcionan algunas herramientas para la detección de riesgos, recomendadas por la Norma Oficial Mexicana.

En el código QR encontrarás un cortometraje didáctico dirigido a las y los adolescentes, que explica qué es la sexualidad y responde algunas inquietudes sobre esta fase de la vida.



3.1 Marco legal de la salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes en México

Alejandro Rosas

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

Filipa de Castro, Aremis Villalobos

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Conocer los marcos jurídico y normativo nacionales e internacionales vigentes en México facilita que el personal de salud atienda las necesidades en cuanto a salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes de una manera integral, bajo un ambiente amigable, de respeto, trato digno, privacidad y confidencialidad y, sobre todo, con apego total a la ley.

El desconocimiento de estas leyes propicia que, en ocasiones, el personal de salud niegue los servicios debido a una falsa percepción de que ello los haría susceptibles a una demanda por parte de los padres o tutores de las y los adolescentes por proporcionar información, servicios y métodos anticonceptivos.

En el país, la base de todo este marco jurídico es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; de ahí derivan las leyes, los reglamentos y las normas que regulan y salvaguardan los derechos sexuales y reproductivos en México. Además, internacionalmente, el Estado ha firmado acuerdos y, por tanto, ha adquirido compromisos en este rubro (Figura 3.1).

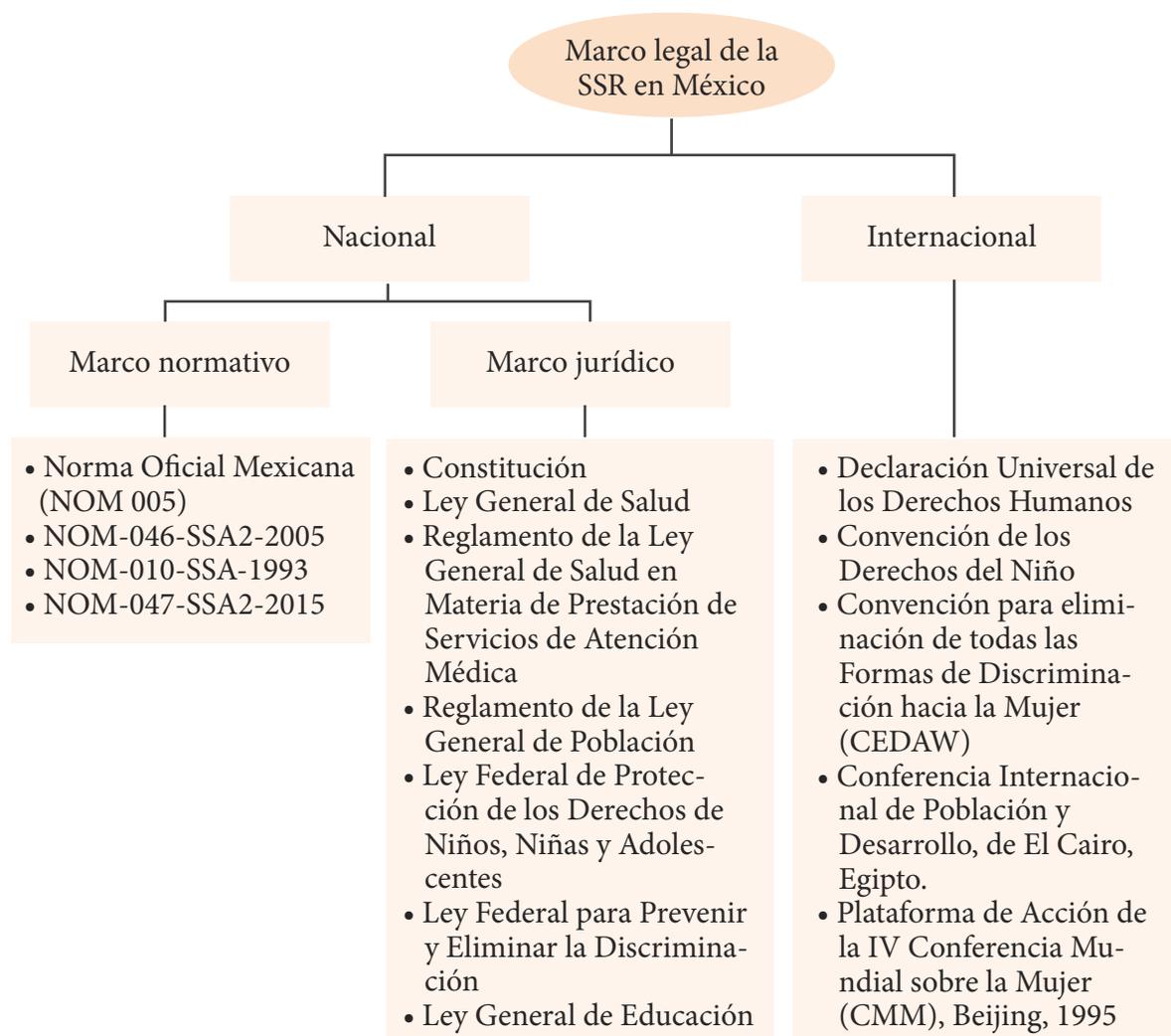


Figura 3.1. Marco legal en SSR en México.

Las leyes y las normas guían y enmarcan la práctica de los prestadores de salud y son de observancia obligatoria en todo el territorio nacional.

Características del servicio amigable, según la NOM-047

- El personal es empático, sensibilizado y capacitado.
- Clima de confidencialidad, privacidad, trato digno, equitativo y respetuoso, libre de discriminación.
- Respeto los derechos humanos, particularmente los sexuales.
- Trabaja con perspectiva de género.
- Considera la pertenencia cultural de quien acude a los servicios de consejería en SSR.

3.1.1 Marco jurídico

(Ver apartado 1.2.1)

3.1.1.2 Ley General de Salud

Artículo 67. Menciona que la planificación familiar tiene carácter prioritario y debe incluir información y orientación educativa para las y los adolescentes y jóvenes. Asimismo, señala que para contribuir a disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien, después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello mediante una correcta información anticonceptiva a la pareja, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa.

Artículo 68. Se establecen las actividades de los servicios de planificación familiar: la promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, la atención y vigilancia de los usuarios, la asesoría, supervisión y evaluación de la prestación de los servicios, el apoyo y fomento de la investigación, la existencia de los métodos anticonceptivos y de otros insumos necesarios, así como la recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

3.1.1.2 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

Artículo 118. Establece que será obligación de las instituciones de los sectores público, social y privado proporcionar de manera gratuita, dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluye información, orientación y motivación respecto de la planificación familiar.

3.1.1.3 Reglamento de la Ley General de Población

Artículo 16. Refiere que la información y los servicios de salud, educación y demás similares, que estén relacionados con programas de planificación familiar, serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público.

Artículo 17. Señala que los programas de planificación familiar incorporarán el enfoque de género e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad.

Artículo 18. Indica que la educación e información sobre planificación familiar deberán dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos. Asimismo, deberán incluir la orientación sobre los riesgos a la salud que causan infertilidad y las estrategias de prevención y control.

Artículo 20. Expone que los servicios de salud, salud reproductiva, educativos y de información sobre programas de planificación familiar garantizarán a la persona la libre decisión sobre los métodos que desee emplear para regular su fecundidad. Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad.

3.1.1.4 Ley Federal de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes

Artículo 28. Señala que niñas, niños y las y los adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinadas con el fin de establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos, detectar a las o los adolescentes víctimas de violencia familiar y atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH-Sida; impulsando programas de prevención e información sobre ITS”.

3.1.1.5 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

Artículo 9. Se considera conducta discriminatoria: negar o limitar información sobre derechos reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos.

Artículo 11. Como medida a favor de la igualdad de oportunidades de las niñas y los niños, las autoridades impartirán educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad y la planificación familiar.

3.1.1.6 Ley General de Educación

Artículo 2. Todo individuo tiene derecho a recibir educación.

Artículo 7. La educación tendrá como función, desarrollar actitudes solidarias en los individuos, para crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, entre otras cosas.

Artículo 8. Indica que la educación impartida deberá basarse en los resultados del progreso científico y luchará contra la formación de estereotipos y la discriminación, especialmente, la ejercida contra las mujeres.

3.1.2 Marco normativo, Norma Oficial Mexicana (NOM)

3.1.2.1 NOM-005, Servicios de Planificación Familiar

Establece la obligación del Estado de brindar orientación-consejería, particularmente a las y los adolescentes. Señala que la prescripción de métodos anticonceptivos temporales está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas o múltiparas, incluyendo a adolescentes.

3.1.2.2 NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención

El reto es coadyuvar a la prevención, detección, atención, disminución y erradicación de la violencia familiar y sexual, principalmente, en la población infantil y adolescente.

3.1.2.3 NOM-010-SSA-1993, Prevención y Control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana

5.3.3. Señala que se debe instruir a la población acerca de las medidas personales para prevenir esta infección, con énfasis en los grupos vulnerables, especialmente, las y los adolescentes.

3.1.2.4 NOM-047-SSA2-2015, Atención a la Salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad

Establece que la atención debe ser integral, con perspectiva de género e intercultural en apego a su derecho a la salud, sin discriminación y orientada a la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables, debido a que la fase del desarrollo humano que abarca de los 10 a los 19 años de edad se considera una etapa en la cual aumentan ciertos tipos de riesgo, por lo que hay que incrementar la eficacia de las acciones a lo largo de este periodo.

Atención de las y los adolescentes (5.1 a 5.5 de la NOM-047)		
1. Determinar y evaluar	2. Detección	3. Estrategia
Motivo de consulta	Identificar factores de riesgo (FR)	Evaluación clínica
Valoración		Diagnóstico
• Nutricional	• Exposición al humo de tabaco ajeno	Tratamiento
• De vacunación	• Consumo de sustancias psicoactivas	Consejería
• SSR	• Adicciones	Seguimiento
• Salud mental	• Diagnóstico temprano de cáncer	Referencia y contrarreferencia
• Salud bucal y visual	• Atención de violencia	Efectuar acciones de prevención y promoción de la salud incluidas en la Cartilla Nacional de Salud de los Adolescente

5. Disposiciones generales

5.8.1 La ausencia de responsables legales del menor de edad no justificará la negativa de brindar la atención integral que corresponda.

En caso de no estar presentes los responsables legales del menor de edad, se incluirá una nota en el expediente clínico que rubricará el responsable del servicio.

6.6 ITS, incluyendo el VIH y sida

6.6.1 Quienes integran el grupo etario que acudan a consulta médica o atención a la unidad de salud con posibilidad de haber adquirido una ITS, incluyendo infección por VIH o haber desarrollado SIDA, deberán recibir, con calidad y calidez, la consejería necesaria, el apoyo psicológico pertinente y las medidas de promoción y prevención.

También deben recibir la referencia al nivel de atención que corresponda para la atención integral a la salud, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados específicos, de conformidad con lo dispuesto por las Normas Oficiales Mexicanas citadas en los puntos 2.5 y 2.13, del capítulo de Referencias de esta Norma, respectivamente.

6.6.2 En el caso del diagnóstico confirmado de ITS, deberá ser proporcionada la información, con base en evidencia científica sobre el tratamiento, medidas preventivas y consultas de seguimiento de ser posible hasta el control de la enfermedad, con lo dispuesto por la NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

6.8 Salud sexual y reproductiva

6.8.3 Durante la consulta de atención integral en materia de salud sexual y reproductiva, con base en evidencia científica documentada, el personal de salud deberá proporcionar orientación y consejería en métodos anticonceptivos, en la prevención del embarazo no planeado, así como en la prevención de las ITS, entre ellas, el VIH y el sida, de conformidad con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas. Tratándose de integrantes del grupo etario menores de edad, se dará a la madre, el padre, la tutora o el tutor o quien ejerza la patria potestad, la participación que les corresponda conforme a las disposiciones aplicables.

6.8.6 Durante la consejería, quienes integran el grupo etario podrán hacerse acompañar por su madre, padre, tutora, tutor o representante legal o bien, manifestar que eligen recibir los servicios de consejería sin ese tipo de acompañamiento.

6.8.7 En el supuesto de que la o el integrante del grupo etario elija recibir la consejería sin el acompañamiento al que se refiere el numeral anterior, quien otorgue la consejería debe solicitar la presencia de al menos otro miembro del personal de salud durante el tiempo que dure esta.

6.8.8 El personal de salud deberá dar a conocer al grupo etario los beneficios y las alternativas para postergar el inicio de un embarazo y prevenir las ITS, mediante el uso simultáneo de un método anticonceptivo, sexo seguro y protegido, incluyendo el uso correcto y consistente del condón.

6.8.9 En el caso de embarazo o sospecha de ello, será definido como de alto riesgo, de conformidad con lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.3, del capítulo de Referencias de esta Norma, donde se hace referencia al nivel de atención médica que corresponda.

6.8.10 En el caso de embarazo en menores de 15 años, se deberán buscar factores de riesgo, signos y síntomas para descartar posible violencia y/o abuso sexual y, en su caso, el personal de salud deberá proceder conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.15 del capítulo de Referencias de esta Norma.

6.8.4 Consejería integral es el proceso de comunicación mediante el cual alguien recibe ayuda para identificar sus necesidades de salud sexual y reproductiva, así como para tomar las decisiones apropiadas acerca de cómo satisfacerlas; siempre, con perspectiva de género y derechos humanos.

NOM-047

6.8.6-6.8.7

Las y los adolescentes podrán elegir entre hacerse acompañar por su padre, tutor o representante legal o recibir los servicios de consejería sin ese tipo de acompañamiento. La decisión de la o el adolescente se escribirá en el formato contenido en el Apéndice Normativo “C” de la NOM-047.

6.8.11 El personal que proporciona atención en salud sexual y reproductiva a la población del grupo etario deberá fomentar su participación mediante acciones de información, educación y comunicación, incluyendo la educación entre pares y metodologías participativas, para promover el acceso y uso de los servicios de salud, los cuales deberán ser proporcionados, con respeto, confidencialidad, privacidad, en un ambiente amigable y de confianza.

3.1.3 Convenios y compromisos Internacionales

3.1.3.1 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo, Egipto, 1994

Se propuso mejorar la salud sexual y reproductiva en todo el mundo, incluyendo la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, porque los servicios existentes, en este ámbito, habían pasado por alto las necesidades de esta población. Los Estados Parte se comprometieron a asegurar que los programas y las actitudes de las y los prestadores de servicios de salud no limiten el acceso de las y los adolescentes a los servicios y a la información que necesitan, así como a salvaguardar los derechos de las y los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta.

3.1.3.2 Convención sobre los Derechos de la Infancia (CDI), Nueva York, 1989

Incluye entre sus objetivos programas de planeación familiar y métodos anticonceptivos, peligros del embarazo temprano, prevención del VIH-sida y prevención y tratamiento de ITS. En suma, los Estados Parte deben asegurar que la población adolescente tenga acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil, con o sin el consentimiento de sus padres o tutores.

3.1.3.3 Tratados internacionales vinculantes

- Convención Americana sobre Derechos Humanos Pacto de San José de Costa Rica, 1969.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Entró en vigor en México en 1981.
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESyC). Entró en vigor en México en 1981.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. San Salvador, 1988.
- Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), 1990.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, Belem Do Para, 1994.
- Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995.
- Declaración del Milenio, Asamblea General de la ONU, 2000.
- Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe 2007, Consenso de Quito.
- Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (CIDJ), 2008.
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013.

AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO

(APENDICE INFORMATIVO 1)

		Folio	
Nombre, razón o denominación social del establecimiento			
Institución		Localidad	
Municipio			
C.P.		Entidad federativa	
Servicio		Cama	
Fecha de elaboración			
		Día	mes año
Usuario (a) o afectado (a) de violencia			Sexo
			M F
Nombre (s)		Edad	
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Domicilio			
	Calle	Número Exterior	Número Interior Barrio o colonia
Domicilio			
	Localidad	Municipio	Entidad federativa
Fecha de atención médica			
	Día	Mes	Año
Hora de recepción del usuario (a) afectado (a).			
		Horas	Minutos
Motivo de atención médica			
Diagnóstico (s)			
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte:			
Plan:			
a) Farmacoterapia			
b) Exámenes de laboratorio y gabinete			
c) Canalización		Referencia	
Seguimiento del caso:			
Área de trabajo social		Área de psicología	
Área de medicina preventiva		Área de asistencia social	
Pronóstico			
Notificación			
	Día	Mes	año
Agencia del ministerio público			
Nombre y cargo del receptor			

REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR O SEXUAL

(APENDICE INFORMATIVO 2)

Unidad Médica

Foto

Nombre Institución

Localidad Municipio Entidad

CLUES

1.Nombre 3.Edad 4.Sexo 5. Está embarazada 6.Discapacidad 7.Derechohabencia

Apellido (Paterno Materno Nombres) años M F sí no sí no

2.CURP

8.Domicilio

calle Número Exterior Número Interior Barrio o colonia

Localidad Municipio Entidad federativa

USUARIO AFECTADO (A)

- 1.IMSS
- 2.ISSSTE
- 3.SEGURO POPULAR
- 4.PEMEX
- 5.SEDENA
- 6.SECMAR
- 7.OTRO
- 8.NO

1.Fecha de ocurrencia 3.Prevalencia 5.Fue en día festivo 6.Sitio de ocurrencia

Día mes año

1.Primer vez 2.Subsecuente

sí no

- 1.Hogar
- 2.Escuela
- 3.Recreación y deporte
- 4.Calle
- 5.Transporte público
- 6.Automóvil particular
- 7.Centro de trabajo
- 8.Otro

especificar

2.Tipo de violencia 4.Día de la semana en que ocurrió

- 1.Física
- 2.Sexual
- 3.Psicológica
- 4.Abandono

- 1.Lunes
- 2.Martes
- 3.Miércoles
4. Jueves
- 5.Viernes
- 6.Sábado
- 7.Domingo

EVENTO MAS RECIENTE

7.Consecuencia resultante

1. Contusión
2. Luxación
3. Fractura
4. Herida
5. Asfixia mecánica
6. Ahorcamiento
7. Quemadura
8. Cicatrices
9. Aborto
10. ITS
11. Embarazo
12. Depresión
13. Trastornos de ansiedad
14. Trastornos siquiátricos
15. Defunciones
16. Otra

7. Agente de la lesión

1. Fuego, flama, sustancia caliente
2. Sustancias sólidas, líquidas y gaseosas tóxicas
3. Objeto punzocortante
4. Objeto contundente
5. Golpe contra piso o pared
6. Pie o mano
7. Arma de fuego
8. Amenaza y violencia verbal
9. Múltiple
10. Otra
11. Se ignora

7. Lugar del cuerpo afectado

1. Cabeza o cuello
2. Cara
3. Brazos y manos
4. Tórax
5. Columna vertebral
6. Abdomen y/o pelvis
7. Espalda y/o glúteos
8. Piernas y/o pies
9. Area genital
10. Múltiple

PROBABLE ACRESOR

1. Edad 2. Sexo

años M F

3. Parentesco con la o afectado

1. Padre
2. Madre
3. Padrastro
4. Madrastra
5. Cónyuge o pareja conviviente
6. Otro pariente
7. Novio o pareja eventual
8. Sin parentesco - conocido
9. Sin parentesco - desconocido

ATENCIÓN

1. Fecha de ocurrencia

Día mes año

2. Servicios de atención

1. Consulta externa
2. Urgencias
3. Hospitalización
4. Otros servicios

3. Atenciones Otorgadas

1. Tratamiento médico
2. Tratamiento quirúrgico
3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico
4. Otro

3. Destino después de la atención

1. Domicilio
2. Consulta externa
3. Hospitalización
4. Traslado a otra unidad médica
5. Grupos de autoayuda mutua
6. Refugio o albergue
7. Unidades de atención especializada en violencia familiar y sexual
8. DIF
9. Otro

Notificación fecha

Día Mes Año

Notificante Nombre Firma

FORMATO ESTADÍSTICO PARA USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

NOTA: DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS DE LA PRESENTE NORMA, LA PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN A LA SALUD TIENE LA OBLIGATORIEDAD DE DAR AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO.

3.2 Salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes

Aremis Villalobos, Filipa de Castro
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

De acuerdo con la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo en 1994, la salud sexual forma parte de la salud del ser humano y se refiere al estado de bienestar de mujeres y hombres para tener una vida sexual placentera y segura.

La salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. Así, problemas que afecten a la sexualidad como riesgos de embarazos no planeados, maternidad y paternidad tempranas, abortos, infecciones de transmisión sexual, VIH/sida y abuso sexual, entre otros, son motivo de estudio y atención por los especialistas y las instituciones que trabajan en el diseño, prevención y atención en salud sexual.

3.2.1 Salud sexual

(Ver apartados 2.2.5 y 2.3.3)

3.2.2 Salud reproductiva

La salud reproductiva supone un estado de completo bienestar físico, mental y social en todo lo relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Se refiere a la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y con la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia procrear.

El enfoque de la salud reproductiva es multidimensional y acompaña a lo largo del ciclo de vida a todas las personas; bajo este enfoque, se hace evidente que existen vínculos entre la reproducción, la salud y la sexualidad de los individuos, y se consideran aspectos como son la planificación familiar y la salud materno-infantil, la atención del cáncer de la mama y cervicouterino, así como aspectos relacionados con la fertilidad y las enfermedades de transmisión sexual.

Este enfoque pone de manifiesto que la salud reproductiva está estrechamente vinculada con la capacidad de la persona para ejercer sus derechos reproductivos, lo que conlleva a considerar los factores del contexto económico, político, cultural e institucional que inciden en el ejercicio de los mismos.

3.2.3 La importancia de hablar sobre salud sexual con las y los adolescentes

Cuando las y los jóvenes llevan a cabo una transición saludable de la adolescencia a la edad adulta, sus expectativas del futuro se amplían. Los organismos que trabajan en el campo de la salud y de la educación apenas comienzan a incluir a la salud sexual en su agenda como resultado de diferentes convenios internacionales, en especial la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, que se llevó a cabo en El Cairo en 1994.

Las y los adolescentes tienen necesidades de salud, algunas de ellas están relacionadas con aspectos de salud sexual y reproductiva. Dichas necesidades se deben satisfacer para que los adolescentes se desarrollen de manera sana y eviten consecuencias dañinas para la salud. Se deben considerar las particularidades de las y los adolescentes. Las políticas son fundamentales para proteger su salud; no basta con prestarles servicios, dado que un contexto social y normativo más amplio es especialmente importante para su salud.

La necesidad de ofrecer servicios adecuados en salud sexual y reproductiva en población adolescente se evidencia en circunstancias como el embarazo y la fecundidad en la adolescencia, con los riesgos que esto conllevan para la madre adolescente: complicaciones durante el embarazo, infecciones de

transmisión sexual y VIH/sida, riesgos que debido a su magnitud plantean un problema de salud pública. Deben abordarse los aspectos relacionados con la sexualidad, y al mismo tiempo tener una orientación preventiva, de fomento a la salud y de evitar riesgos de embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, contagio de VIH/sida y abortos. En el mundo, muchos jóvenes que tienen actividad sexual y quieren evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos por diversas razones; entre ellas la falta de acceso a los servicios o los malos tratos del personal encargado de ofrecerlos.

Así, las y los prestadores de salud tienen un papel importante en la provisión de información y consejería adecuada, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, promoción de prácticas saludables, prevención de enfermedades, identificación de comportamientos de riesgos, así como una contribución invaluable a las comunidades debido a su credibilidad.

3.2.4 Barreras

Los servicios de salud son un componente fundamental del entorno de los y las adolescentes. Se convierten en espacios que contribuyen a satisfacer ciertas necesidades de esta población, lo cual a su vez permitirá que experimente la salud sexual y reproductiva de manera plena y saludable.

Es importante identificar las barreras, enfocando el contexto sociocultural, que dificulten que las y los adolescentes vivan una sexualidad libre, saludable y placentera. Algunas de ellas son:

- Manejo de la información en forma correcta.
- Acceso a servicios y programas adecuados.
- Actitudes negativas de la prestadora o el prestador de salud.
- Costo por un servicio.
- Barreras legales que impiden ofrecer información o servicios de salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes.

Todas estas barreras afectan la construcción de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y evidencian la necesidad de realizar un trabajo articulado, en el que se establezcan alianzas con otros sectores y con la comunidad en su conjunto, lo cual permitiría ampliar la respuesta al hacerla más integral y con mayor capacidad de cobertura.

Adicionalmente, algunos servicios de salud no se encuentran disponibles en todos lados, como es el caso de la anticoncepción de emergencia

3.2.5 Evaluación de la salud sexual de las y los adolescentes

Resulta vital enfatizar la importancia de establecer una relación de confianza para ayudar a que la o el adolescente sienta comodidad al hablar de asuntos relacionados con su salud sexual.

Algunos pacientes no se sentirán cómodos con su vida sexual. Para contrarrestar esta barrera, explique la importancia de efectuar una historia sexual. Para tranquilizar al paciente, hágale saber que entiende que las preguntas que le hará son muy íntimas pero que son necesarias para evaluar su salud sexual.

- Esté preparado para mostrar comodidad al plantear y discutir un tema.
- Comente la confidencialidad de la plática con la o el adolescente para que sienta comodidad.
- No suponga que la o el adolescente es heterosexual.
- Direccione la plática inicial hacia su desarrollo integral como persona.
- Ayude a las y los adolescentes para reconocer que su sexualidad involucra relaciones valores, toma de decisiones y comportamientos.
- Durante la evaluación, investigue las cinco P de la salud sexual:
 - Parejas
 - Prácticas
 - Protección contra ITS
 - Pasado de ITS
 - Prevención de embarazo



Parejas	Para determinar el nivel de riesgo para contraer una ITS, es importante conocer el número y el sexo de las parejas de la o el paciente. No asuma la orientación sexual de la persona a quien atiende.
Prácticas	Si solo ha tenido una pareja en los últimos 12 meses, pregunte por el tipo de relación y uso de anticonceptivos. Si ha tenido más de una pareja, pregunte por el tipo de método anticonceptivo usado y sobre los factores de riesgo de sus parejas.
Protección contra ITS	Pregunte si utiliza alguna protección, y en caso de que la respuesta sea negativa, investigue las razones.
Pasado de ITS	Conocer la historia de ITS lo ayudará a evaluar el riesgo en el que se encuentra ahora.
Prevención de embarazo	Con base en la información recolectada, determine si el paciente presenta factores de riesgo para un embarazo no deseado.

Dentro de los aspectos específicos se debe valorar qué tanto hablar sobre salud sexual y reproductiva en las circunstancias específicas de la o el adolescente, dependiendo de su edad, madurez y los motivos para estar en la consulta. Se puede utilizar la herramienta HEEADSSS para explorar la situación específica de la o el adolescente, preguntarle su aprobación para realizar preguntas sensibles, usar los términos en tercera persona si es necesario y reconocer que los sentimientos hacia el mismo sexo son comunes.

Para realizar la historia sexual de la o el adolescente, es apropiado considerar los motivos de salud por los cuales se presentó a la consulta, platicar de información personal con respecto a su actividad sexual, realizar preguntas amigables sobre su primera relación sexual, número de parejas, duración de las relaciones, prácticas de sexo seguro, como uso del condón y anticonceptivos, historia de embarazos, historia y síntomas de infecciones de transmisión sexual, así como la identificación de comportamientos de riesgo, abuso de sustancias. Para mayores detalles de las preguntas que se pueden realizar, puede recurrir a la herramienta HEEADSSS (Ver apartado 3.6).

3.2.6 La atención para las y los adolescentes con discapacidad

La adolescencia es una etapa donde se presentan una serie de desafíos para madres y padres, médicos y sociedad. Las y los adolescentes con discapacidades físicas y de desarrollo presentan aún mayores retos para sus madres y padres y el personal de salud.

Cabe recordar que las y los adolescentes con discapacidad intelectual tienen los mismos deseos e impulsos sexuales que quienes no la presentan. Sin embargo, la sociedad (incluyendo madres y padres y el personal de salud) a menudo se niega a aceptarlo. Es importante que este grupo de adolescentes reciba educación que les permita evitar la explotación o el abuso sexual, embarazos y enfermedades de transmisión sexual. Por otra parte, los padres deben conocer que sus hijas e hijos poseen derechos de recibir información y de ser tratados como personas competentes para manejar su intimidad sexual.

Las y los adolescentes pueden verse envueltos en conductas sexuales de forma voluntaria o involuntaria, y la presencia de alguna discapacidad no excluye a este grupo de sufrir algunas consecuencias al tener una vida sexual activa. Al contrario, puede ser un factor de mayor riesgo principalmente en mujeres, por lo que la educación sexual integral es fundamental.

El cuidado ginecológico para todas las mujeres es importante, sin importar su desarrollo mental, físico ni habilidades cognitivas. La revisión debe incluir el historial clínico y ginecológico, evaluación física y pruebas de laboratorio, asimismo se debe educar a la paciente o a su tutor en casos que el paciente por su discapacidad no pueda lidiar con esos asuntos. Durante la revisión es importante que la o el proveedor de salud:



- Busque señales de posibles molestias como dolor al orinar, olor vaginal, irritación, etcétera.
- Se recomienda realizar prueba de Papanicolaou cada tres años cuando la paciente es sexualmente activa.
- Brinde educación sobre higiene.
- Revise si existe algún desorden menstrual.
- Mencione todos los métodos anticonceptivos, tanto con aquellos que son sexualmente activos como con los que no lo son.
- Aconsejar antes de brindar métodos anticonceptivos es fundamental, en estos casos, no se recomiendan métodos de barrera.
- En los pacientes con limitaciones cognitivas significativas, la educación puede limitarse a mejorar la higiene y a la prevención del abuso sexual.

Proveer de educación sexual integral a las y los adolescentes, incluyendo aquellos con discapacidades de desarrollo y enfermedades crónicas, es la pieza clave para permitir a las y los adolescentes alcanzar la adultez de forma óptima.

3.3 Anticoncepción para las y los adolescentes

Blair Grant Darney, Aremis Villalobos, Zafiro Andrade Romo, Laura Chaviro Razo, Biani Saavedra Avendano
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Claudia Díaz Olavarrieta
POPULATION COUNCIL, MÉXICO

El embarazo adolescente representa una desventaja biológica y social para las mujeres de esta edad. Con el objetivo de medir las dimensiones del problema, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 reporta que 31.2% de las adolescentes de 15 a 19 años habían iniciado su vida sexual; por su parte, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, ENADID, señala que 45.5% de las adolescentes entre 15 y 19 años no usó ningún anticonceptivo durante su primera relación sexual.

3.3.1 Oferta anticonceptiva y criterios de elegibilidad

(Ver tabla de criterios de elegibilidad al final de esta sección)

La oferta de métodos anticonceptivos para las y los adolescentes se debe basar en sus deseos reproductivos, su plan de vida, sus necesidades de salud particulares y la efectividad de los métodos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estipula que las y los adolescentes pueden usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una gama de opciones. La edad, por sí misma, no constituye una razón médica para negar algún tipo de método a las y los adolescentes.

Los modelos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos en las y los adolescentes estipulados por la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, los Servicios de Planificación Familiar, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en los Adolescentes y las principales asociaciones gineco-obstétricas del mundo, consideran los métodos anticonceptivos reversibles como los más apropiados para esta población, salvo por condiciones de salud preexistentes que contraindiquen su uso. Sin embargo, es indispensable hacer notar que la mayoría de las afecciones por las que resultan contraindicaciones no son comunes en las y los adolescentes.

En vista de que los métodos permanentes no son recomendables para esta población porque los y las adolescentes podrían cambiar de opinión con respecto a sus deseos reproductivos en su plan de vida, la consejería deberá enfocarse en los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, cuya efectividad y discreción se adecuan mejor a su proyecto de vida, y en proporcionarles información para que conozcan su funcionamiento, ventajas, posibles cambios en su cuerpo, así como algunos malestares iniciales.

Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 2008

Recientemente la OMS publicó la 5ª edición de los criterios de elegibilidad. Se puede consultar la versión en inglés en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173585/1/9789241549257_eng.pdf?ua=1

Es un instrumento donde se resume los criterios médicos que hay que tener en cuenta al momento de elegir un método anticonceptivo.

Mediante el uso de este disco, el personal de salud conocerá si una mujer con una determinada afección puede utilizar un método anticonceptivo de forma segura y eficaz.

Las recomendaciones anticonceptivas abarcan seis tipos de anticonceptivos de uso común:

1. Anticonceptivos orales combinados con dosis bajas
2. Anticonceptivos inyectables combinados
3. Anticonceptivos orales solo con progestágenos
4. Anticonceptivos inyectables sólo con progestágenos
5. Implantes sólo con progestágenos
6. Dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre





En el enlace podrás acceder al disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.

Las pastillas anticonceptivas de emergencia no pueden interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo.

Estos criterios son una guía general. Sin embargo, siempre deben considerarse las circunstancias clínicas particulares de la o el adolescente, cuya elección está influida o limitada por factores sociales, económicos y culturales directos o indirectos. Por ejemplo, en algunos ámbitos, las y los adolescentes se encuentran en mayor riesgo de contraer alguna ITS, incluido el VIH. También se ha demostrado que comparadas con las mujeres adultas, las adolescentes, casadas o no, son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, reportan tasas más elevadas de interrupción del uso.

La elección del método también puede estar influida por factores como patrones de relaciones sexuales esporádicas y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. La ampliación de la gama de métodos contribuye a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y la orientación apropiadas, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a las adolescentes a tratar sus problemas específicos y a tomar decisiones informadas y voluntarias. Es preciso evitar en lo posible que el costo de los servicios y el método limiten las opciones disponibles.

Los criterios médicos de elegibilidad de los anticonceptivos incluyen a personas con trastornos médicos específicos y/o necesidades especiales. En cualquier caso, la naturaleza de la discapacidad, las características del método anticonceptivo, y los deseos expresos de cada persona deben ser considerados para garantizar los derechos reproductivos de todos los y las adolescentes.

3.3.2 La anticoncepción de emergencia

Existen dos métodos de anticoncepción de emergencia: pastillas anticonceptivas de emergencia y dispositivos intrauterinos de cobre.

La anticoncepción de emergencia previene la mayoría de los embarazos cuando se recurre a ella después de una relación sexual sin protección, ya sea que el método anticonceptivo haya fallado o usado de manera inadecuada, así como en caso de agresión sexual. Se debe administrar hasta un máximo de cinco días (120 horas) posteriores al contacto de riesgo, procurando que sea dentro de los primeros tres días, antes de que ocurra la ovulación o la fecundación. El dispositivo intrauterino de cobre se considera el método más eficaz, debido a que el cobre causa un cambio químico que afecta al espermatozoide y al óvulo antes de ser fecundado y tiene un 99% de efectividad de prevenir un embarazo.

Dado que toda mujer en edad fértil tiene la posibilidad de utilizar la anticoncepción de emergencia en algún momento para evitar un embarazo no deseado, es importante conocer las situaciones en las que se puede usar y proporcionar consejería anticipatoria sobre el uso de la pastilla de anticoncepción de emergencia.

Las pastillas anticonceptivas de emergencia no son apropiadas como método anticonceptivo de uso regular. Es importante que al recibir una prescripción para el uso de pastillas anticonceptivas de emergencia, la o el adolescente reciba también consejería sobre un método anticonceptivos de uso regular.

Criterios de la OMS para el uso de la pastilla de anticoncepción de emergencia:

- Cuando no se usó ningún método anticonceptivo.
- Cuando ha ocurrido una falla en el método anticonceptivo utilizado o se lo ha utilizado incorrectamente, por ejemplo:
 - Ruptura, deslizamiento o uso incorrecto del preservativo
 - Omisión de tres o más pastillas anticonceptivas combinadas consecutivas
 - Tres horas de retraso en la toma de la pastilla anticonceptiva que solo contiene progestágeno, o más de 12 horas de retraso en el caso de las pastillas de 0.75 mg de desogestrel
 - Más de dos semanas de retraso en la aplicación de la inyección de progestágeno solo de enantato de noresterona
 - Más de cuatro semanas de retraso en la aplicación de la inyección de progestágeno solo de acetato de medroxiprogesterona de depósito
 - Cuando la inyección mensual combinada de estrógenos y progestágeno se ha aplicado más de siete días tarde
 - Desplazamiento, colocación tardía o extracción prematura del parche transdérmico o el anillo hormonal vaginal

- Desplazamiento, rotura o desgarro del diafragma o capuchón cervical
- Falla del coito interrumpido
- La tableta o película espermicida no se ha disuelto antes de la relación sexual
- Error de cálculo en el método de abstinencia periódica o relaciones sexuales en los días fértiles del ciclo en las que no se ha usado un método anticonceptivo de barrera
- Expulsión del dispositivo intrauterino o el implante anticonceptivo hormonal
- Agresión sexual a una mujer que no estaba protegida por un método anticonceptivo eficaz. OMS. (2012). Anticoncepción de emergencia. 25 de agosto de 2015, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>

3.3.3 Anticoncepción para las adolescentes después de un evento obstétrico

La iniciación oportuna de la anticoncepción después de un parto, cesárea o aborto es fundamental, pues la mayoría de las mujeres retoman su vida sexual después de estos eventos. Sin embargo, la mayoría de las mujeres adolescentes en México (52% en mujeres de 15 a 19 años) no reportan el uso de anticoncepción post-evento obstétrico. Con la excepción de la anticoncepción no reversible, todos los métodos podrían potencialmente ser recomendados, de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la adolescente. En la consejería post-evento obstétrico es muy importante que los prestadores de salud promuevan el uso de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada.

3.3.4 Anticoncepción reversible de acción prolongada

La anticoncepción reversible de acción prolongada (ARAP) es una opción ideal para mujeres adolescentes o jóvenes que no desean quedar embarazadas. Estos métodos son seguros, efectivos, económicos y reversibles. Además, después de la decisión inicial de utilizarlos, requieren poco mantenimiento y tiene una tasa mayor de cumplimiento que otros métodos hormonales. A pesar de esto, la anticoncepción reversible de acción prolongada no es muy usada en mujeres jóvenes. Los profesionales, educadores y proveedores de salud deben conocer a profundidad cómo funcionan estos métodos, para que (siempre tomando en cuenta otros criterios de elegibilidad) puedan recomendarlos a las usuarias jóvenes.

Dispositivos Intrauterinos (DIU):

Existen dos tipos de dispositivos intrauterinos, uno que contiene cobre y otro que libera una pequeña cantidad de progestina. Ambos son pequeños dispositivos con forma de T, hechos de plástico flexible.

¿Cómo funciona?

Todos los DIU previenen el embarazo al interferir con el desplazamiento de espermatozoides hacia el óvulo, evitando que entren en contacto.

- La marca que contiene cobre inhibe el movimiento del espermatozoide y causa que las células produzcan una sustancia tóxica para los espermatozoides.
- El DIU con hormonas, al igual que las pastillas anticonceptivas, previenen el embarazo al engrosar la mucosa cervical creando una barrera para los espermatozoides, lo que dificulta que el espermatozoide llegue al óvulo, también puede prevenir la ovulación.

Un DIU debe ser insertado por un profesional. Los brazos del dispositivo se doblan de forma que entren por el cuello del útero. Una vez que el dispositivo intrauterino está colocado, un cordón cuelga dentro de la vagina, esto permite que posteriormente sea retirado y que la mujer pueda asegurarse que el dispositivo está bien colocado.

El dispositivo intrauterino se puede colocar en cualquier momento del mes. Sin embargo, habitualmente es más cómodo si se coloca en la mitad del ciclo menstrual. Esto es cuando el cuello del útero tiene la máxima dilatación. Recuerda que el dispositivo intrauterino puede insertarse en cualquier momento del ciclo menstrual e incluso inmediatamente después del parto o de un aborto espontáneo o inducido.

Efectividad: El dispositivo intrauterino es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces; de cada 100 parejas que usan este método, menos de 1 mujer se embaraza si utiliza este método.

Seguridad: Los dispositivos intrauterinos son seguros para la mayoría de las mujeres, incluyendo adolescentes y mujeres que no han tenido hijos. El DIU que contiene cobre también es seguro para las mujeres que están amamantando o que no pueden usar métodos hormonales por razones médicas.

Los problemas graves con los dispositivos intrauterinos son muy poco frecuentes. Se debe prestar atención a tres situaciones cuando se utiliza un dispositivo intrauterino:

- A veces, el dispositivo intrauterino se puede deslizar fuera del útero. En ocasiones se sale por completo y otras veces solamente se sale un poco. Es más probable que esto les ocurra a las mujeres más jóvenes y mujeres que nunca han tenido un bebé. Si el dispositivo intrauterino se sale de lugar, se puede producir un embarazo. Si se sale sólo parcialmente, se debe extraer.
- En muy raras ocasiones, es posible que una mujer que utiliza un dispositivo intrauterino contraiga una infección. Esto sucede si entran bacterias al útero cuando se coloca el dispositivo intrauterino. La mayoría de las infecciones se desarrollan dentro de las tres semanas posteriores a la colocación del dispositivo intrauterino. Si no se trata la infección, puede afectar la capacidad de la mujer para quedar embarazada en el futuro.
- En muy raras ocasiones, es posible que al colocar el dispositivo intrauterino haga presión contra la pared del útero. Si bien puede sonar doloroso, normalmente no lo es. Por lo general, el proveedor de atención de la salud se dará cuenta y lo solucionará inmediatamente. Pero si no lo hace, el dispositivo intrauterino puede desplazarse y causar daño físico. Cuando esto sucede puede ser necesario realizar una cirugía para extraer el dispositivo intrauterino.

Consideraciones sobre los DIU:

- No causan aborto.
- No aumentan la probabilidad de un embarazo ectópico.
- Se debe realizar una revisión de enfermedades de transmisión sexual antes de colocar el dispositivo.
- Si es colocado correctamente, no aumenta la probabilidad de una infección pélvica peligrosa.
- Una vez que es insertado correctamente, las usuarias no necesitan hacer nada para asegurarse que el DIU sea efectivo, por lo que no existe el riesgo de error de usuario.
- Son seguros para todas las mujeres, incluso para adolescentes y mujeres que no han tenido hijos.

Implante anticonceptivo

Es un implante anticonceptivo delgado de plástico flexible, aproximadamente del tamaño de un cerillo. Se inserta debajo de la piel del brazo. Brinda protección contra el embarazo durante un período máximo de tres años.

¿Cómo funciona?

El implante evita el embarazo al liberar progesterona, lo que impide la ovulación. No puede haber embarazos si no existe un óvulo al cual el espermatozoide pueda fecundar. La hormona que contiene el implante también previene el embarazo mediante el engrosamiento de la mucosa cervical de la mujer haciendo más difícil al espermatozoide llegar al óvulo. Cuando el implante es insertado en el tiempo indicado del ciclo menstrual de la mujer, el implante previene inmediatamente el embarazo. En algunos casos, se debe esperar una semana para que sea efectivo por lo que debe usarse condón al menos durante este período. El implante funciona por un máximo de tres años pero puede retirarse en cualquier momento; la fertilidad de la mujer vuelve a ser normal en un período de 6 semanas.

Efectividad: El implante es el método reversible con menor tasa de error. De 100 mujeres que usan este método sólo una va embarazarse dentro de un año. Por otra parte un 80 por ciento de las mujeres lo recomiendan y lo continúan usando.

Seguridad: El implante es seguro para la mayoría de las mujeres, incluyendo adolescentes y mujeres que nunca han tenido hijos. No es recomendable para las mujeres con problemas de coagulación, enfermedades de hígado, cáncer de seno u otros tipos de cáncer o sangrando vaginal sin motivo aparente.

Consideraciones sobre el implante:

- El ponerlo y retirarlo no es doloroso.
- No son visibles y la mujer no lo siente, una vez insertado.
- Una mujer que retira el implante puede quedar embarazada inmediatamente.
- No tiene efectos en la densidad ósea.
- El implante es adecuado para mujeres de cualquier peso.
- Puede hacer el ciclo menstrual menos doloroso.

La consejería es fundamental para ayudar a las adolescentes a entender cómo funcionan estos métodos y saber qué pueden esperar. Tanto el DIU como el implante puede alterar el ciclo menstrual y tener algunas molestias en un inicio, por lo cual, el informar y preparar a las adolescentes para estas eventualidades es muy importante. También es de suma importancia reforzar el uso de condones para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Los métodos de anticoncepción de acción prolongada son reversibles y seguros, y requieren poco mantenimiento por lo que su efectividad es muy alta. Por esta razón resultan ideales para prevenir el embarazo en mujeres jóvenes. Los proveedores de salud y educadores deben incluir la información sobre estos métodos al discutir las opciones de métodos anticonceptivos con las y los adolescentes.

Metodo		% de mujeres que se embarazan		% continuación 1 año
		Uso típico	Uso preferido	
Larga duración	Implante subdérmico	0.05	0.05	84%
	DIU (con hormonas)	0.2	0.2	80%
	DIU (cobre)	0.8	0.6	78%
	Inyectables	6	0.2	56%
	Parches	9	0.3	67%
Otros métodos	Pastillas	9	0.3	67%
	Diafragma	12	6	57%
	Condón masculino	18	2	43%
	Condón femenino	21	5	41%
	Retiro	24	4	46%

Cuadro 3.1. La eficacia de los métodos anticonceptivos: comparación de métodos de larga duración con otros métodos modernos



Recomendamos la película *Los niños del cura* (2013), de Vinko Bresan, la cual explora el tema de los anticonceptivos.

3.3.5 Protección dual

La doble protección supone protección contra un embarazo no deseado así como el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.^{ix} Se considera una forma de sexo protegido para las parejas heterosexuales y requiere del acuerdo e involucramiento de ambos miembros de la pareja. Todas las mujeres y hombres requieren doble protección si tienen relaciones sexuales heterosexuales, si ambos son fértiles y no desean un embarazo. Las mujeres adolescentes que tienen sexo con otras mujeres también necesitan doble protección, ya que pueden tener relaciones sexuales con hombres también y por lo tanto tener el riesgo de embarazarse si no planearon el encuentro sexual en el sentido de tener un método anticonceptivo.

Tabla de Criterios de elegibilidad de anticonceptivos

1. Sin restricciones (el método puede ser usado)	
2. Existen más ventajas que riesgos	
3. Teóricamente hay más riesgos que ventajas	
4. Mucho riesgo para la salud (el método no debe ser usado)	

Condición	Subcondición	Combinar pastillas, parche, anillo vaginal		Progesterona solo pastilla		Inyección		Implante		Levonorgestrel, DIU		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Edad		Menarquia <40=1		Menarquia <18=1		Menarquia <18=2		Menarquia <18=1		Menarquia <20=2		Menarquia <20=2	
		≥40=2		18-45=1		18-45=1		18-45=1		≥20=2		≥20=2	
				>45=1		>45=1		>45=1					
Anemias	a) Talasemia	1		1		1		1		1		2	
	b) Enfermedad de células falciformes	2		1		1		1		1		2	
	c) Deficiencia de hierro	1		1		1		1		1		2	
Antecedentes de cirugía bariátrica	a) Procedimientos restrictivos	1		1		1		1		1		1	
	b) Procedimientos de malabsorción	COC: 3 P/R: 1		3		1		1		1		1	
Antecedentes de cirugía pélvica		1		1		1		1		1		1	
Antecedentes de colestasis	a) Durante el embarazo	2		1		1		1		1		1	
	b) Antecedente de COC	3		2		2		2		2		1	
Antecedentes de embarazo ectópico		1		2		1		1		1		1	
Antecedentes de hipertensión gestacional		2		1		1		1		1		1	
Artritis reumatoide	a) En terapia inmunosupresora	2		1		2/3*		1		2		1	
	b) Sin terapia inmunosupresora	2		1		2		1		1		1	
Ataque cerebral	Antecedentes de evento cerebrovascular	4		2		3		3		2		3	
Cáncer cervical	Esperando tratamiento	2		1		2				4		2	
Cáncer de endometrio		1		1		1		1		4		2	
Cáncer de ovario		1		1		1		1		1		1	
Miocardiopatía periparto	a) Función cardíaca normal o medianamente deteriorada												
	i) <6 meses	4		1		1		1		2		2	
	ii) ≥6 meses	3		1		1		1		2		2	
	b) Alteraciones de la función cardíaca moderadas o severas	4		2		2		2		2		2	
Cirrosis	a) Leve (compensada)	1		1		1		1		1		1	
	b) Severa (descompensada)	4		3		3		3		3		1	

Continúa...

Condición	Subcondición	Combinar pastillas, parche, anillo vaginal		Progesterina solo pastilla		Inyección		Implante		Levonorgestrel, DIU		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Desórdenes depresivos		1*		1*		1*		1*		1*		1*	
Desórdenes tiroideos	Bocio simple, hiper e hipotiroidismo	1		1		1		1		1		1	
Diabetes Mellitus (DM)	a) Antecedentes de DM gestacional	1		1		1		1		1		1	
	b) Sin enfermedad vascular												
	(i) No insulino dependiente	2		2		2		2		2		1	
	(ii) Insulino dependiente	2		2		2		2		2		1	
	c) Nefropatía/ retinopatía/ neuropatía	3/4*		2		3		2		2		1	
	d) Otra enfermedad vascular o diabetes	3/4*		2		3		2		2		1	
Dismenorrea severa		1		1		1		1		1		2	
Dolores de cabeza	a) No migraña	1*		2*		1*		1*		1*		1*	
	b) Migraña												
	i) Sin aura, edad <35	2*		3*		1*		2*		2*		2*	
	ii) Sin aura, edad ≥35	3*		4*		1*		2*		2*		2*	
	iii) Con aura, cualquier edad	4*		4*		2*		3*		2*		3*	
Ectropión cervical		1		1		1		1		1		1	
Embarazo		NA*		NA*		NA*		NA*		4*		4*	
Endometriosis		1		1		1		1		1		2	
Enfermedad inflamatoria intestinal	(colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn)	2/3*		2		2		1		1		1	
Enfermedad de la vesícula biliar	a) Sintomática												
	i) Tratada con colecistectomía	2		2		2		2		2		1	
	ii) Tratada con medicamento	3		2		2		2		2		1	
	iii) Sin tratamiento	3		2		2		2		2		1	
	b) Asintomática	2		2		2		2		2		1	
Enfermedad de mama	a) Masa sin diagnóstico	2*		2*		2*		2*		2		1	
	b) Enfermedad benigna de pecho	1		1		1		1		1		1	
	c) Antecedentes familiares de cáncer	1		1		1		1		1		1	
	d) Cáncer de mama							2		2		1	
	i) actualmente cursa	4		4		4		4		4		1	
	ii) en el pasado sin evidencia de células en 5 años	3		3		3		3		3		1	
		a) Antecedentes de factores de riesgo de ITS											
Enfermedad inflamatoria pélvica	i) Con subsecuente embarazo	1		1		1		1		1		1	
	ii) Sin subsecuente embarazo	1		1		1		1		2		2	
	b) Actualmente	1		1		1		1		4		2*	

Continúa...

Condición	Subcondición	Combinar pastillas, parche, anillo vaginal		Progesterina solo pastilla		Inyección		Implante		Levonorgestrel, DIU		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Enfermedad trofoblástica gestacional	a) En regresión o con niveles no detectables de β -hCG	1		1		1		1		3		3	
	b) Niveles elevados de β -hCG o enfermedad maligna	1		1		1		1		4		4	
Enfermedad valvular cardíaca	a) Con complicaciones	2		1		1		1		1		1	
	b) Sin complicaciones	4		1		1		1		1		1	
Epilepsia	(ver Interacción de fármacos)	1*		1*		1*		1*		1		2	
Esquistosomiasis	a) Sin complicaciones	1		1		1		1		1		1	
	b) Fibrosis hepática	1		1		1		1		1		1	
Factores de riesgo múltiple para enfermedad cardiovascular arterial	(Edad avanzada, tabaquismo, diabetes e hipertensión)	3/4*		2*		3*		2*		2		1	
Fibrosis uterina		1		1		1		1		2		2	
Hepatitis viral	a) Aguda	3/4*	2	1		1		1		1		1	
	b) Crónica	1	1	1		1		1		1		1	
Hiperlipidemias		2/3*		2*		2*		2*		2*		1*	
Hiperplasia endometrial		1		1		1		1		1		1	
Hipertensión	a) Hipertensión bien controlada	3*		1*		2*		1*		1		1	
	b) TA elevada (bajo mediciones confiables)												
	(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99	3		1		2		1		1			
	(ii) sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100	4		2		3		2		2		1	
	c) Enfermedad vascular	4		2		3		2		2		1	
Infarto isquémico	Actualmente o con antecedentes	4		2	3	3		2	3	2	3	1	
ITS	a) Cursando con cervicitis o clamidiasis o gonorrea	1		1		1		1		4*	2*	4*	2*
	b) Otras ITS (excepto VIH y hepatitis)	1		1		1		1		2	2	2	2
	c) Vaginitis (incluye tricomoniasis vaginal y vaginosis bacteriana)	1		1		1		1		2	2	2	2
	d) Altos factores de riesgo de ITS	1		1		1		1		2/3*	2	2/3*	2
Lactancia (ver Posparto)	a) <1 mes de posparto	3*		2*		2*		2*					
	b) 1 mes o más de posparto	2*		1*		1*		1*					

Continúa...

Condición	Subcondición	Combinar pastillas, parche, anillo vaginal		Progesterina solo pastilla		Inyección		Implante		Levonorgestrel, DIU		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Lupus eritematoso	a) Positivo (o no conocido) a anticuerpos antifosfolípidos	4		3		3		3		3		1 1	
	b) Trombocitopenia severa	2		2		3 2		2 2		2*		3* 2*	
	c) Tratamiento inmunosupresor	2		2		2 2		2 2		2		2 1	
	d) Ninguno de los anteriores	2		2		2 2		2 2		2		1 1	
Malaria		1		1		1		1		1		1	
Malformaciones anatómicas	a) Deformidad de la cavidad uterina									4		4	
	b) Otras malformaciones									2		2	
Mutaciones trombotogénicas		4*		2*		2*		2*		2*		1*	
Neoplasia intraepitelial cervical		2		1		2		2		2		1	
Obesidad	a) Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ²	2		1		1		1		1		1	
	b) Menarquia <18 años y IMC ≥ 30 kg/m ²	2		1		2		1		1		1	
Partos	a) Nulípara	1		1		1		1		2		2	
	b) Multípara	1		1		1		1		1		1	
Patrones de sangrado vaginal	a) Patrón regular sin sangrado abundante	1		2		2		2		1 1		1	
	b) Sangrado abundante	1*		2*		2*		2*		1*		2*	
Posaborto	a) Primer trimestre	1*		1*		1*		1*		1*		1*	
	b) Segundo trimestre	1*		1*		1*		1*		2		2	
	c) Enseguida de un aborto con sepsis	1*		1*		1*		1*		4		4	
Posparto (en mujeres lactantes o no, incluye poscesárea)	a) <10 minutos después de la expulsión de la placenta									2		1	
	b) De 10 minutos a <4 semanas después de la expulsión de la placenta									2		2	
	c) ≥ 4 semanas									1		1	
	d) Sepsis puerperal									4*		4*	
Posparto (ver Lactancia)	a) <21 días	4		1		1		1					
	b) De los 21 a los 41 días												
	i) Con factores de riesgo de TVP	3*		1		1		1					
	ii) Sin factores de riesgo de TVP	2		1		1		1					
	c) >42 días	1		1		1		1					

Continúa...

Condición	Subcondición	Combinar pastillas, parche, anillo vaginal		Progesterina solo pastilla		Inyección		Implante		Levonorgestrel, DIU		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Sangrado vaginal sin causa aparente	(sospechoso de enfermedad grave después de la exploración)	2*		2*		3*		3*		4*		2*	
Tabaquismo	a) Edad <35 años	2		1		1		1		1		1	
	b) Edad ≥35, <15 cigarros/día	3		1		1		1		1		1	
	c) Edad ≥35, ≥15 cigarros/día	4		1		1		1		1		1	
Trasplante de órgano sólido	a) Con complicaciones	4		2		2		2		3		2	
	b) Sin complicaciones	2*		2		2		2		2		2	
Trombosis venosa profunda (TVP)/ embolia pulmonar (EP)	a) Antecedentes de TVP/EP, sin terapia de anticoagulantes												
	i) Alto riesgo de recurrencia de TVP/EP	4		2		2		2		2		1	
	ii) Bajo riesgo de recurrencia de TVP/EP	3		2		2		2		2		1	
	b) TVP/EP agudo	4		2		2		2		2		2	
	c) TVP/EP bajo tratamiento de anticoagulantes por al menos 3 meses												
	i) Alto riesgo de recurrencia de TVP/EP	4		2		2		2		2		2	
	ii) Bajo riesgo de recurrencia de TVP/EP	3*		2		2		2		2		2	
	d) Antecedentes familiar (primer grado)	2		1		1		1		1		1	
	e) Cirugía mayor												
	i) con inmovilización prolongada	4		2		2		2		2		1	
ii) sin inmovilización prolongada	2		1		1		1		1		1		
d) Cirugía menos sin inmovilización	1		1		1		1		1		1		
Trombosis venosa superficial	a) Venas varicosas	1		1		1		1		1		1	
	b) Tromboflebitis superficial	2		1		1		1		1		1	
Tuberculosis (ver Interacciones de fármacos)	a) No pélvico	1*		1*		1*		1*		1		1	
	b) Pélvico	1*		1*		1*		1*		4		3	
Tumores benignos de ovario	Se incluye quiste	1		1		1		1		1		1	
Tumores hepáticos	a) Benignos											1	
	i) Hiperplasia nodular focal	2		2		2		2		2		1	
	ii) Adenoma hepatocelular	4		3		3		3		3		1	
	b) Maligno	4		3		2		3		3		1	

Continúa...

Condición	Subcondición	Combinar pastillas, parche, anillo vaginal		Progesterina solo pastilla		Inyección		Implante		Levonorgestrel, DIU		DIU de cobre	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
VIH	Alto riesgo	1	1	1*	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	Portador de VIH	1*	1*	1*	1*	2	2	2	2	2	2	2	2
	Sida	1*	1*	1*	1*	3	2*	3	2*	3	2*	3	2*
	Controlado y en tratamiento	Si está bajo tratamiento, interacciones entre medicamentos								2	2	2	2
Interacciones entre medicamentos													
Terapia contra convulsiones	a) Anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3*	3*	1	1	2*	2*	1	1	1	1	1	1
	b) Lamotrigina	3*	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Terapia antirretroviral	a) Inhibidores de la transcriptasa reversa nucleótidos	1*	1	1	1	2/3*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*
	b) Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleótidos	2*	2*	1	1	2/3*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*
	c) inhibidores de la proteasa ritonavir-boosted	3*	3*	1	1	2/3*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*
Terapia antimicrobiana	a) Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	b) Fungicidas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	c) Antiparasitarios	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	d) Rifampicina o terapia con rifabutina	3*	3*	1	1	2*	2*	1	1	1	1	1	1

Fuente: CDC. (n.d). United States Medical Eligibility Criteria (US MEC) for Contraceptive Use, 2010. 31 de agosto de 2015, de Centers for Disease Control and Prevention Sitio web: <http://tinyurl.com/pxvlpcv>

3.4 Prevención, detección y tratamiento de ITS/VIH en las y los adolescentes

Aremis Villalobos, Filipa de Castro
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

340 millones de nuevos casos de ITS se registran cada año en el mundo (OMS).

240 mil muertes prematuras de mujeres podrían evitarse con vacunas contra el papiloma (OMS).

4000 recién nacidos al año, quedan ciegos por infecciones oculares atribuibles a infecciones gonocócicas y clamidianas.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema salud mundial pero su prevalencia es superior en los países en vías de desarrollo que en los industrializados.

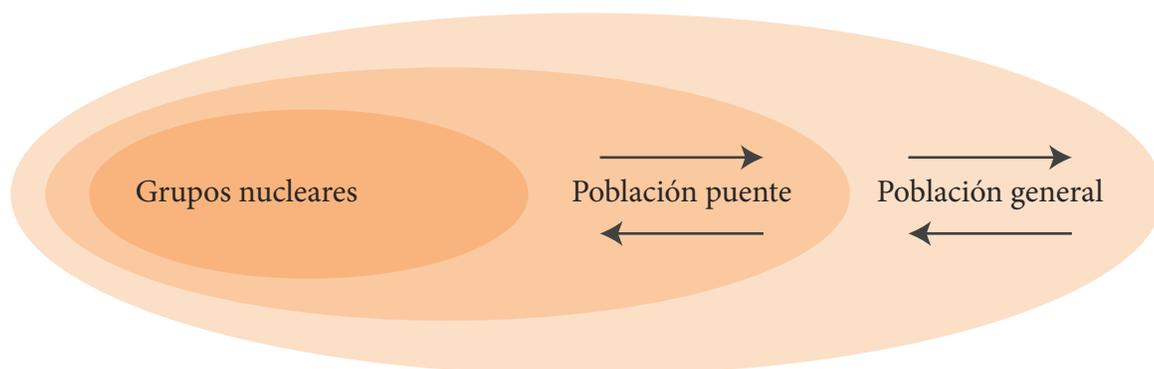
Como sabemos, las ITS se transmiten por el contacto con fluidos corporales infectados, como sangre, semen, secreciones vaginales, saliva (hepatitis B), continuidad de la piel por microheridas o juguetes sexuales contaminados. Sin embargo, existen factores de riesgo que favorecen la transmisión; estos se clasifican en tres tipos: biológicos, conductuales y sociales.

3.4.1 Factores de riesgo que incrementan el riesgo de contagio de ITS

Factores biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Edad: el riesgo aumenta en jóvenes que inician su vida sexual • Estado inmunológico, aunado a la virulencia del agente, afecta la transmisión de ITS • Tipo de relación sexual: las ITS pueden entrar por las mucosas de la vagina, recto y boca • Durante el coito: la pareja receptora (hombre o mujer) se encuentra más expuesta a secreciones genitales en cantidad y duración • Circuncisión: el prepucio es considerado factor de riesgo en la adquisición de ITS
Factores conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol • Varias parejas sexuales simultáneas • Cambiar frecuentemente de parejas sexuales • Contacto sexual con parejas casuales, trabajadoras o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección • Compartir juguetes sin limpieza adecuada • Relaciones sexuales sin protección • Relaciones sexuales bajo coerción o violencia
Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias de poder: dificultan la negociación de uso de condón • Contextos de mayor riesgo: existen grupos cuya situación dificulta la prevención; por sus altos índices de violencia, libertad, estigma, menor acceso a la información: <ul style="list-style-type: none"> • Hombres que tienen sexo con hombres • Mujeres transgénero • Trabajadoras y trabajadores sexuales • Hombres o mujeres alejados de sus parejas habituales • Personas privadas de su libertad • Mujeres y hombres que viven violencia sexual • Poblaciones indígenas • Población migrante

Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, Fundación Mexicana para la Salud, 2011, Gobierno del DF, pp. 24-25.

Las personas con comportamientos sexuales considerados de alto riesgo se engloban en los llamados grupos nucleares, población que con frecuencia desconoce su diagnóstico. De este sector, los agentes patógenos afectan a poblaciones de menor riesgo por medio de las poblaciones puente (Figura 3.2). En el cuadro se nombran los principales agentes etiológicos.



Fuente: OMS. *Estrategia mundial de prevención y control de las ITS 2006-2015*, Ginebra, OMS, 2007

Figura 3.2. Dinámica de la transmisión de ITS a nivel poblacional.

En cuanto a la prevención de ITS, las y los profesionales de la salud desempeñan una función crucial, pues son quienes promueven la prevención, detectan factores de riesgo, diagnostican, tratan, reportan los casos y cumplen lo que marca la normatividad.

Recomendamos la app VIHDA la cual, por medio de un test, evalúa el riesgo de contraer el VIH después de una relación sexual. La app es promovida por la Confederación Colegas.

Patógenos	Agente etiológico	ITS	Período de incubación
Bacterias	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis	21 días
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorrea	3 a 5 días
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Uretritis, cervicitis	8 a 15 días
	<i>Chlamydia trachomatis</i> L1, L2, L3	Linfogranuloma venéreo	8 a 21 días
	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancroide	3 a 5 días
	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Granuloma inguinal	2 semanas a 3 meses
	<i>Mycoplasma hominis</i>	Uretritis, cervicitis	1 a 3 semanas
	<i>Shigella</i> sp	Enteritis	Variable, depende
	<i>Campylobacter</i> sp	Enteritis	la infección
	Microorganismos asociados con la vaginosis bacteriana (<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mobiluncus</i> spp)*	Vaginosis bacteriana, Uretritis	Depende de la infección
	<i>Mycoplasma hominis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i>	Uretritis, cervicitis	1 a 3 semanas
	<i>Shigella</i> sp	Enteritis	Variable, depende
	<i>Campylobacter</i> sp	Enteritis	la infección
	Microorganismos asociados con la vaginosis bacteriana (<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mobiluncus</i> sp)*	Vaginosis bacteriana, Uretritis	Depende de la infección

Virus	Virus del Herpes simple tipo 2 y 1 (VHS)	Herpes simple genital	2 a 10 días
	Virus del herpes humano tipo 5 (Citomegalovirus)	Úlceras genitales	4 a 8 semanas a más
	Virus del herpes humano tipo 8	Sarcoma de Kaposi	Variable (en sida)
	Virus del papiloma humano (VPH)	Condilomas acuminados	1 a 3 meses
	Virus de la Hepatitis B (VHB) y C	Hepatitis B y C	4-26 semanas (media 6 a 8)
Protozoarios	Virus del Molluscum contagiosum (VMC)	Moluscos contagiosos	1 a 2 meses
	Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	SIDA	Variable
Ectoparásitos	Trichomonas vaginales	Tricomoniasis	1 a 3 semanas
	Entamoeba histolytica	Uretritis, Úlceras genitales, Enteritis	2 a 4 semanas
	Giardia lamblia	Candidiasis vaginal, Balanopostitis, Uretritis	2 a 4 semanas
Ectoparásitos	Candida albicans y sp.	Sarna	2 a 4 semanas
	Sarcoptes scabiei	Pediculosis del pubis	8 a 10 días
Ectoparásitos	Phthirus pubis		

3.4.2 Consejería en VIH/SIDA e ITS

La consejería en VIH/sida e ITS consiste en escuchar, informar y asesorar a la o el paciente para capacitarlo a descubrir las conductas que favorecen su exposición al VIH e ITS, con la finalidad de romper su cadena de transmisión. CENSIIDA, en su *Manual de consejería de VIH e ITS*, propone que los siguientes temas deben ser tratados en toda consejería previa a una prueba de VIH/sida.

- Formas de transmisión
- Formas de prevención
- Periodo de ventana
- Significado de un resultado negativo, positivo e indeterminado
- Síntomas para detectar las ITS
- Identificar demanda del usuario:
 - Prácticas sexuales no protegidas
 - Riesgo ocupacional
 - Trabajo sexual
 - Usuario de drogas inyectables y no inyectables
 - Mujeres embarazadas
 - Familiar infectado
 - Parejas serodiscordantes
 - Consejería para ITS

Asimismo, propone cada una de estas demandas como motivo de consejería.

Para entregar resultados de una prueba de VIH, es necesario considerar la información que se recabó si hubo consejería previa. El protocolo de acción se divide en tres: si el resultado es positivo, si es negativo o si es indeterminado.

Si el resultado es negativo, se considera la información de la primera consejería. Si no hubo consejería, se investigan las causas por las que no se presentó. Se sugiere a la o el paciente asumir la responsabilidad del autocuidado y se explica que un resultado negativo no implica inmunidad.

Si es positivo, la persona que recibe el resultado se encontrará abrumada con preguntas e inquietudes, por lo que el apoyo de la consejera o consejero es vital para ayudar a la persona a controlar la ansiedad. Haga hincapié en que el VIH es tratable y que una pronta atención resulta la vía más adecuada para controlar su salud.

También es necesario explicar a la persona que es ampliamente recomendable que entre en un proceso terapéutico, ya sea psicoterapia individual o en grupo, para procesar toda la información, la angustia y el miedo.

En caso de que el resultado se considere indeterminado, puede explicarse porque la o el paciente se encuentra en un proceso de seroconversión o porque cursa con otra infección. Para ello, deberá canalizarlo para su valoración y continuar la vigilancia serológica, así como dejar espacio abierto para otra consulta de consejería.

También se debe brindar apoyo a las madres y los padres; ayudarles a reconocer sus emociones y verificar que entienden las implicaciones de un resultado positivo.

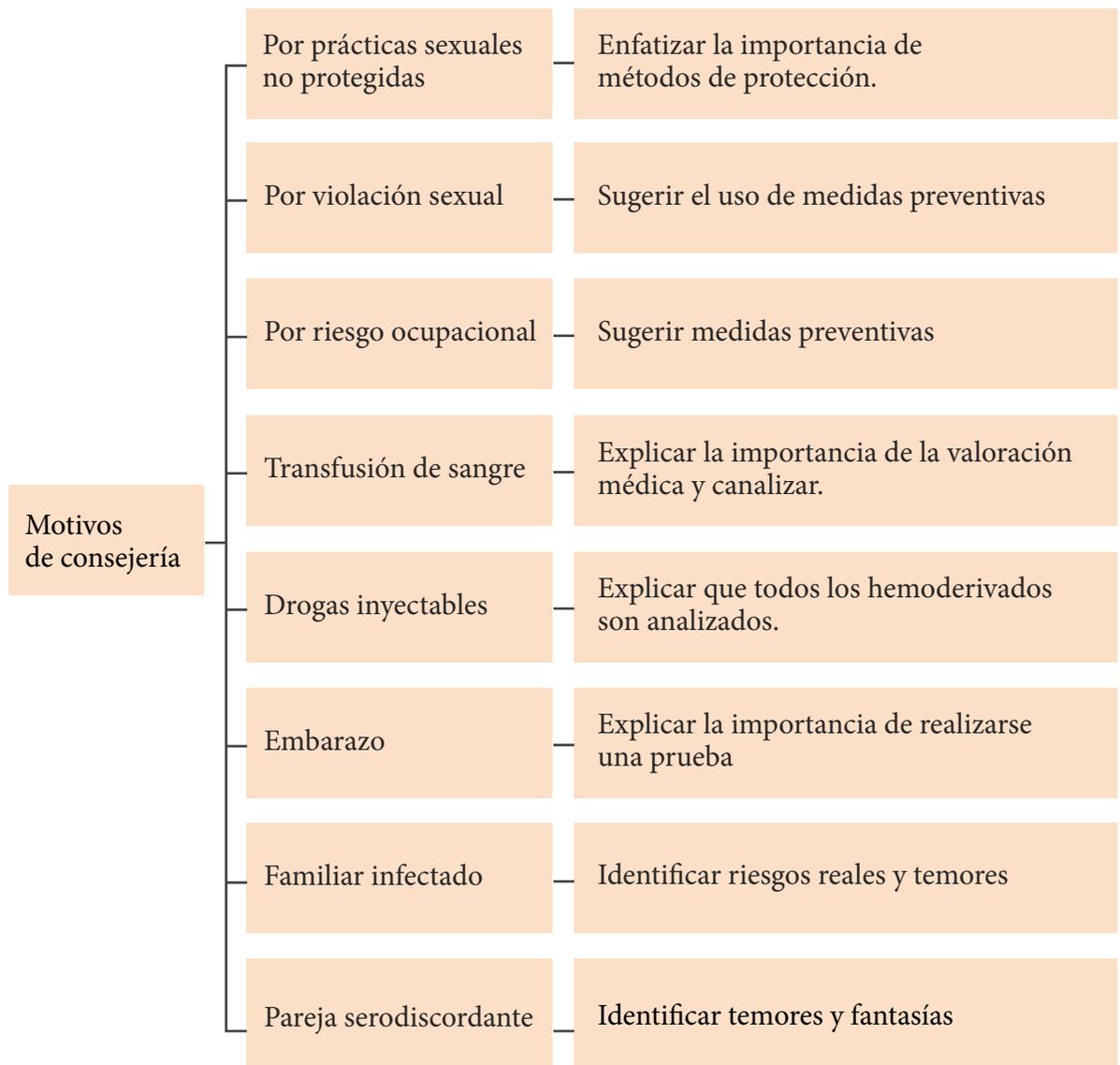


Figura 3.3. Motivos de consejería

3.5 Interrupción legal del embarazo en adolescentes

Julia Escalante de Haro, Alexis Hernández González, Xóchitl Velázquez Raffaella Schiavon Ermani
IPAS, MÉXICO

Claudia Díaz Olavarrieta
POPULATION COUNCIL, MÉXICO

Deborah Billings
ADVOCATES FOR YOUTH



En el enlace, en la sección biblioteca, podrás acceder a todas las leyes que rigen el ámbito de la salud en México.

La salud es un derecho humano al cual todas las personas tenemos derecho. Como se ha mencionado, la salud reproductiva se refiere a la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. La Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995, exhortó a los países a “revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales”. Por otra parte en 1999, una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció que para las indicaciones permitidas por la ley de cada país, “los sistemas de salud deben de capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible”.

Los acuerdos relativos a los derechos sexuales y reproductivos contenidos en el Consenso de Montevideo señalan que es necesario dar prioridad a la prevención del embarazo en adolescentes y eliminar el aborto inseguro, mediante educación integral para la sexualidad, así como asegurar la existencia de servicios de aborto seguro y de calidad, salvaguardar la vida y la salud de las adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos.

Finalmente, es importante recordar que la Convención de los Derechos de la Infancia (CID) establece la facultad de las personas menores de 18 años de edad a tomar decisiones críticas para su vida, con lo que se reconoce y valida el derecho de la población adolescente de decidir sobre su propia salud y vida.

3.5.1 Marco nacional del aborto

México cuenta con un marco legal amplio que garantiza y protege el acceso al aborto en condiciones seguras, incluyendo cuando se trata de adolescentes. En todo el país el aborto es legal cuando el embarazo es producto de una violación; en 30 estados cuando es producto de un accidente o imprudencia de la mujer embarazada; en 29 estados por peligro de muerte; en 15 estados cuando existan malformaciones genéticas o congénitas graves en el producto; en 14 estados cuando exista grave daño a la salud; en 2 estados cuando existan razones económicas y cuando la mujer tenga al menos tres hijos; y únicamente en el Distrito Federal por voluntad de la mujer, durante las primeras 12 semanas del embarazo, como se ilustra en el siguiente cuadro:

Causales	Estados que la reconocen	Requisitos legales	Observaciones
Violación	32	La prestación de servicios de aborto en caso de violación no requiere de condicionamiento alguno, por ejemplo de la denuncia ante Ministerio Público.	La Ley General de Víctimas establece que a toda víctima de violación, se le garantizará el acceso de servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo con absoluto respeto a su voluntad.

Imprudencial	30	Incompleto, por omisión de cuidado, negligencia, imprudencia, espontáneo o biológico.	
Peligro de muerte	29	A juicio del médico tratante, teniendo en cuenta, si es posible, el dictamen de otro médico.	En el caso de Baja California con aviso al Ministerio Público y en el caso de Durango previa autorización del Ministerio Público.
Malformaciones en el producto	15	A juicio de dos médicos.	De los 15 códigos que tienen esta causal, solamente 4 requieren el juicio de un médico: Baja California Sur, Coahuila, Chiapas y Morelos. Los otros 11 estados requieren dictamen de dos médicos: Colima, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, México, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán. En Hidalgo, además se solicita que los médicos estén debidamente certificados por los Colegios, Academias Nacionales o Consejos de Medicina de la rama correspondiente. Además de los anteriores requisitos, en Yucatán el Código Penal solicita el consentimiento de la madre y del padre del producto.
Graves daños a la salud de la mujer	14	A juicio del médico tratante, teniendo en cuenta, si es posible, el dictamen de otro médico.	Aunque no se menciona explícitamente en el Código Penal de Campeche, ésta causal queda comprendida en “grave daño a la salud”.
Inseminación forzada	13	Autorización del Ministerio Público.	
Causas económicas	2	Cuando la mujer tenga al menos tres hijos.	Sólo en Michoacán y Yucatán (en éste último, siempre que tenga ya 3 hijos/as).
A libre voluntad de la mujer	1	Primeras doce semanas de gestación. Las menores de 18 años deben ir acompañadas de padre, madre, tutor o representante legal.	Sólo en el Distrito Federal, a través del Programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

Ley General de Salud

Artículo 67. La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para las y los adolescentes para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Ley General de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

Artículo 50 y 103. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud y establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos de las niñas y las adolescentes. Los representantes legales y las instituciones deben abstenerse de cualquier atentado contra su integridad física, psicológica o actos que menoscaben su desarrollo integral.



Recomendamos la película *El octavo día* (1996), de Jaco Van Dormael, la cual explora el tema de la sexualidad en personas con Síndrome de Down.

NOM-046-SSA2-2005

Establece que, tratándose del embarazo por violación, previa autorización de la autoridad competente, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica deberán prestar servicios de aborto a solicitud de la víctima y, en caso de ser menor de edad, a de su representante legal. En todos los casos, se debe brindar a la víctima, en forma previa a la intervención médica, información completa sobre los posibles riesgos y consecuencias del aborto, a efecto de garantizar que la decisión de la víctima sea una decisión informada conforme a las disposiciones aplicables.

Ley General de Víctimas

Establece que a toda víctima de violación se le garantizará el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo con absoluto respeto a su voluntad, se considerará prioritario para su tratamiento el seguimiento de eventuales contagios de infecciones de transmisión sexual y del Virus de Inmunodeficiencia Humana. En cada una de las entidades públicas que brinden servicios, asistencia y atención a las víctimas, se dispondrá de personal capacitado en el tratamiento de la violencia sexual con un enfoque transversal de género. La prestación de servicios de aborto en casos de violación no requiere de condicionamiento alguno, por ejemplo de la denuncia ante Ministerio Público.

Reglamento de la LGS

Incluye la Interrupción legal del embarazo (ILE) en el apartado de emergencias médicas. Aborto voluntario hasta las 12 semanas. Regulado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal CIRCULAR/GDF-SSDF/01/06 que contiene los Lineamientos Generales de Organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción legal del embarazo (ILE) en el Distrito Federal (Última reforma 20 junio 2012).

3. Situaciones de especial atención

a) Consentimiento Informado. Es el documento escrito, signado por el o la usuaria o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios.

La LGS no explicita la necesidad de que los menores de edad requieran el consentimiento de sus representantes (madre/padre o tutores) para hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos.

De acuerdo con la Norma del Expediente Clínico (10.1.2)

- Ingreso hospitalario
- Procedimientos de cirugía mayor
- Procedimientos que requieren anestesia general o regional
- Salpingoclasia y vasectomía
- Donación de órganos, tejidos y trasplantes
- Investigación clínica en seres humanos
- Necropsia hospitalaria
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo
- Cualquier procedimiento que entrañe mutilación
- Cuando el personal de salud lo estime pertinente

Procedimientos quirúrgicos con fines diagnósticos (RLGSMPSAM 80)

La Ley General de Salud no explicita la necesidad de que los menores de edad requieran el consentimiento de sus representantes (madre/padre o tutores) para hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos.

El ejercicio de la patria potestad, la tutela o la guarda y custodia de niñas, niños y las y los adolescentes no podrá ser justificación para incumplir la obligación de abstenerse de cualquier atentado contra su integridad física, psicológica o actos que menoscaben su desarrollo integral, así como de considerar la opinión y preferencia de las niñas, niños y adolescentes para la toma de decisiones que les conciernan de manera directa conforme a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.

NOM-005-SSA2-1993

Los procedimientos invasivos de oclusión tubaria bilateral (OTB) y vasectomía, por ser de carácter permanente, requieren de un proceso amplio de consejería previo a su realización y a la firma del consentimiento informado, así como la firma o huella digital del usuario/a, o de su representante legal, en el formato “Autorización quirúrgica voluntaria”.

b) Objeción de conciencia

La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud y la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás. Sólo en las entidades de Aguascalientes, Colima, Distrito Federal, Jalisco, Querétaro y Tlaxcala se regula la objeción de conciencia del personal médico. Estableciendo con claridad los supuestos en los cuales es esta inadmisibles (Distrito Federal y en Tlaxcala), cuando se trata de una emergencia (si se compromete el órgano, la función, la salud o la vida). Colima, Distrito Federal y Tlaxcala consideran como obligaciones específicas de las y los servidores públicos objetores la referencia a un profesional no objetor y la obligación de la institución de contar con personal disponible no objetor.

NOM-046-SSA2-2005

Las instituciones públicas de atención médica deberán contar con personal médico y de enfermería que no sean objetores de conciencia y que estén debidamente capacitados/as en procedimientos de aborto. Si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la usuaria a una unidad de salud que cuente con personal e infraestructura para una atención con calidad.



Recomendamos la película *El secreto de Vera Drake* (2004), de Mike Leigh, la cual explora el tema del aborto.

Adicionalmente, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) establece como límites de la objeción de conciencia que sea personal y no institucional, únicamente por el personal que directamente realizará la práctica y referir sin disuasión ni emitiendo juicios de valor que estigmaticen, criminalicen o revictimicen a la mujer.

NOM-004-SSA3-2012

Los datos proporcionados al personal de salud por la o el paciente o por terceros, debido a que son datos personales, son motivo de confidencialidad en términos del secreto médico profesional. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita de la usuaria, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por esta, el tutor o su representante legal.

Si bien existe la obligación legal de informar a las autoridades ante la presunción de que la usuaria haya sido víctima de algún delito, esta obligación no es extensiva a los casos en que la usuaria sea la posible autora de algún supuesto delito, como pudiera ser el caso del aborto realizado fuera de las causales contempladas por las legislaciones estatales, por lo que con base en la ética profesional y el respeto a los derechos de las mujeres, es legalmente factible registrar debidamente en el expediente clínico los hallazgos que sean relevantes para el seguimiento y atención de la usuaria, sin que sea necesario dar aviso a ninguna autoridad.

3.6 Herramientas clínicas y de detección de riesgos para las y los adolescentes

Aremis Villalobos, Filipa de Castro
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

La NOM 047-SSA2-2015 recomienda para el manejo de la consulta médica que se identifiquen los asuntos subyacentes más importantes para la o el adolescente, teniendo en cuenta que en ocasiones se les dificulta expresar sus problemas. También sugiere utilizar preguntas abiertas que abarquen las áreas cubiertas, como las que se presentan en las siguientes herramientas.

3.6.1 Evaluación HEEADSSS

La evaluación HEEADSSS es una herramienta de tamizaje estructurado para realizar una evaluación biopsicosocial estructurada con población adolescente. Para la aplicación de esta herramienta debe considerarse tener el tiempo suficiente para la conversación.

Área de evaluación	Preguntas
H hogar	<p>Explorar la situación del hogar, vida familiar, relaciones y estabilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Dónde vives? ¿quién vive en casa contigo? ¿quién integra tu familia (padres, hermanos, familia extendida)? • ¿Tienes habitación propia? • ¿Han ocurrido cambios recientes en tu familia/casa (mudanzas, etcétera)? • ¿Cómo te llevas con tu mamá/papá y con los otros miembros de la familia? • ¿Hay peleas en casa? Si la respuesta es sí, ¿cómo discuten tú y tu familia la mayoría de las veces? ¿quién es el miembro de la familia con el que tienes más acercamiento? • ¿A quién acudirías si necesitas ayuda si tuvieras algún problema?
E Educación y empleo	<p>Explorar el sentido de pertenencia a la escuela/trabajo y relación con los profesores/compañeros de la escuela o trabajo; cambios en el desempeño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué te gusta y qué no te gusta de tu escuela (trabajo)? • ¿En qué eres bueno o en qué no eres tan bueno? • ¿Cómo te llevas con tus profesores/estudiantes de la escuela/compañeros de trabajo? • ¿Cómo te desempeñas en tus distintas materias?, ¿qué problemas tienes en la escuela/trabajo? • Algunas personas jóvenes experimentan bullying en la escuela, ¿has experimentado bullying? • ¿Qué objetivos tienes para tu futuro educativo/laboral? • ¿Has experimentado cambios recientes en educación y empleo?

<p>E</p> <p>Ejercicio y alimentación</p>	<p>Explorar cómo se ven a sí mismos, patrones de alimentación y sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué acostumbras desayunar/comer/cenar? • En algunas ocasiones, cuando la gente se estresa, acostumbra comer más o dejar de comer, ¿alguna vez te has encontrado en alguna de estas situaciones? • ¿Has tenido cambios recientes en tu peso/en tus hábitos alimentarios? ¿qué te gusta y qué no te gusta de tu cuerpo? • Si quiere realizar pruebas más específicas, puede aplicar baterías de preguntas para trastornos alimentarios, puede preguntar por la imagen corporal, el uso de laxantes, diuréticos, vómitos, ejercicio excesivo, y restricciones en la dieta para controlar el peso. • ¿Practicas algún tipo de ejercicio? ¿cuánto ejercicio realizas en promedio en un día/semana?
<p>A</p> <p>Actividades y relaciones de pares</p>	<p>Explorar sus relaciones sociales e interpersonales, comportamientos de riesgo así como sus actitudes acerca de ellos mismos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué cosas haces en tu tiempo libre fuera de la escuela/trabajo? ¿Cómo te diviertes? • ¿Quiénes son tus mejores amigos (en la escuela/ fuera de la escuela)? • ¿Cómo te llevas con otras personas de tu misma edad? • ¿Cómo piensas que tus amigos te describirían? • ¿Qué cosas te gustan de ti mismo? • ¿Qué tipo de cosas te gusta hacer con tus amigos? • ¿Cuántas horas de televisión ves cada noche? • ¿Cuál es tu música favorita? • ¿Practicas algún deporte, alguna actividad o asistes a algún club, etcétera?
<p>D</p> <p>Drogas, tabaco, alcohol</p>	<p>Explore el contexto del uso de sustancias (si existe) y comportamientos riesgosos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muchas personas jóvenes a tu edad comienzan a experimentar con cigarrillos/drogas/alcohol. ¿Alguno de tus amigos usa alguna de esas u otras drogas, como marihuana, drogas inyectables y otras sustancias? • ¿Qué hay de ti, has probado alguna? – Si la respuesta es sí, explore más. ¿Qué tanto ha usado o qué tan frecuentemente las utiliza? ¿cómo él (y sus amigos) las toman/usan? Explore seguridad/inseguridad usándolas, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, etcétera. • ¿Qué efectos de la droga/alcohol tomada o fumada ha tenido/tiene? ¿ha incrementado su uso recientemente? ¿qué tipo de cosas él/ella (y sus amigos) hacen cuando toman drogas o beben? • ¿Cómo paga las drogas/alcohol que consume? ¿tiene o ha tenido algún problema como resultado del uso de drogas/alcohol (policía, escuela, familia, amigos)? ¿otros miembros de la familia consumen drogas/beben?

<p>S</p> <p>Sexualidad</p>	<p>Explorar el conocimiento, entendimiento, experimentación, orientación sexual y prácticas sexuales- buscar riesgos considerando el comportamiento/abuso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muchas personas jóvenes de tu edad se interesan en el romance y algunas veces en las relaciones sexuales. ¿Ha estado en alguna relación romántica o tiene citas con alguien? • ¿Ha tenido alguna relación sexual con un hombre, una mujer o ambos? Si es sí, explorar más (si es activo/a sexualmente) ¿qué conoce sobre la anticoncepción y la protección contra ITS? • ¿Cómo te sientes acerca de las relaciones sexuales en general o sobre tu propia sexualidad? (Preguntar a los adolescentes más grandes de edad) • ¿Cómo te identificas a ti mismo, como heterosexual, gay, lesbiana, bisexual, transgénero o cuestionas tu sexualidad? • ¿Te has sentido presionado o incómodo por tener sexo?
<p>S</p> <p>Suicidio y depresión</p>	<p>Explorar el riesgo con problemas de salud mental, estrategias de apoyo y afrontamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunas veces cuando las personas se sienten realmente decaídas, sienten que quisieran lastimarse e incluso a veces matarse. ¿Alguna vez te has sentido de esa manera? ¿alguna vez te has lastimado o herido deliberadamente (cortarte, quemarte o exponiéndote a ti mismo a situaciones inseguras, por ejemplo tener sexo inseguro)? • ¿Qué te impidió seguir adelante con eso? ¿cómo intentaste dañarte/matarte? ¿qué pasó contigo después de esto? ¿qué haces cuando te sientes triste, enojado o lastimado? • ¿Te sientes triste o decaído constantemente? ¿cuánto tiempo te has sentido así? ¿Has perdido interés en cosas que por lo general te gustan? • En una escala del 1 al 10, ¿cómo te sientes contigo mismo en este momento? ¿con quién hablas cuando te sientes decaído? • ¿Qué tan seguido te sientes triste? Normalmente, ¿qué tan bien duermes? • Es normal sentirse ansioso en ciertas situaciones, ¿te sientes ansioso, nervioso o estresado? ¿alguna vez te has sentido realmente ansioso? • ¿Te preocupa tu peso? ¿haces cosas para controlar tu peso (por ejemplo, dietas)? • Algunas veces cuando las personas se sienten realmente estresadas pueden escuchar o ver cosas que otros no ven o escuchan, ¿te ha pasado?
<p>S</p> <p>Seguridad y Espiritualidad</p>	<p>Uso de protector solar, vacunas, bullying, abuso, experiencias traumáticas, comportamientos de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias, religión • ¿Qué le puede ayudar a relajarse o escapar de la rutina?

Fuente: Chown, P., Kang, M., Sanci, L., Newnham, V., Bennett, D.L. (2008). *Adolescent Health: Enhancing the skills of General Practitioners in caring for young people from culturally diverse backgrounds*, GP Resource Kit 2nd Edition. NSW Centre for the Advancement of Adolescent Health and Transcultural Mental Health Centre, Sydney. Disponible en: http://www.kidsfamilies.health.nsw.gov.au/media/284371/complete_gp-resource-kit-revised-.pdf

3.6.2 Preguntas para detectar abuso o violencia

El abuso se asocia con conductas de riesgo y bajos indicadores de salud y tiene consecuencias importantes para la misma. En la práctica clínica, este problema se detecta con frecuencia.

Las y los adolescentes deben ser examinados rutinariamente para detectar violencia en la pareja; las y los proveedores de salud deben ayudar tanto a las y los jóvenes como a madres y padres de familia a desarrollar relaciones saludables. Al aprender cómo apoyar a las víctimas, las y los proveedores de salud pueden generar estrategias para hacer frente a la violencia en la pareja.

Preguntas introductorias

- No sé si estás enterado, pero muchos adolescentes atraviesan por problemas de violencia o bullying, por lo que empezaré a hacer estas preguntas de rutina
- Algunas veces, cuando veo lesiones como las tuyas es porque alguien las causó, ¿cómo te hiciste esa herida?

Preguntas indirectas (ejemplos)

- ¿Cómo se llevan tus papás?
- ¿Cómo describirías la relación de tus padres?
- ¿Cómo son los problemas con los que debe lidiar tu familia?
- ¿Actualmente mantienes una relación amorosa con alguien? ¿Cómo va todo? ¿qué pasa cuando no estás de acuerdo?

Preguntas directas (ejemplos)

- ¿Has visto a alguien herido en tu casa?
- ¿Alguna vez has sido herido o amenazado por alguien?
- ¿Alguna vez te has visto obligado a hacer algo sexual sin tu consentimiento?
- ¿Alguna vez sentiste miedo de tu pareja?
- ¿Te parece que tu pareja trata de controlar lo que haces?
- ¿Tu pareja hace bromas sobre ti o te culpa de cualquier problema?
- ¿Tu pareja te amenaza con herirse si lo dejas?

Respuestas

Si la o el adolescente menciona una situación de abuso, presente o pasada

- Pregunte detalles: quién, qué, cuándo, dónde, cómo. No pregunte por qué, ya que puede implicar que la o el adolescente de alguna manera causó el abuso.
- Cuestione sobre el impacto del abuso en los síntomas emocionales o físicos (ansiedad, depresión, dificultades para dormir o comer)
- Averigüe sobre impacto del abuso en el funcionamiento de la escuela
- Cuestione acerca de las tendencias suicidas
- Pregunte acerca de la seguridad de ir a casa
- Pregunte acerca de la presencia de un adulto de apoyo
- Pregunte sobre temas culturales situacionales
- Informe acerca de los requisitos y procedimientos de presentación de informes.
- Pregunte si la o el adolescente quiere llamar a policía o dar seguimiento a la cita

Si la o el adolescente no revela abuso

- Solo quería saber si algún tema relacionado con esto se presentaba. Recuerda que este es un lugar seguro para hablar y recibir ayuda.

-
- i. UNFPA 2003, Estado de la Población mundial 2003, valorizar a 1,000 millones de adolescentes: inversiones en salud y sus derechos.
 - ii. UNFPA (2014), El estado de la población mundial 2014, 1.800 millones de adolescentes, los jóvenes, y la transformación al futuro. Disponible en: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>
 - iii. UNFPA (2014), El estado de la población mundial 2014, 1.800 millones de adolescentes, los jóvenes, y la transformación al futuro. Disponible en: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>
 - iv. Quintana S., Alicia e Hidalgo H., Catalina. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú Lima: IES y Washington D.C.: Advocates For Youth, 2003
 - v. Chown, P., Kang, M., Sancu, L., Newnham, V., Bennett, D.L. (2008). Adolescent Health: Enhancing the skills of General Practitioners in caring for young people from culturally diverse backgrounds, GP Resource Kit 2nd Edition. NSW Centre for the Advancement of Adolescent Health and Transcultural Mental Health Centre, Sydney. Disponible en: http://www.kidsfamilies.health.nsw.gov.au/media/284371/complete_gp-resource-kit-revised-.pdf
 - vi. CDC (2005), A guide to taking a Sexual History, CDC Publication 99-8445, disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/sexualhistory.pdf>
 - vii. Greydanus DE, Omar HA. Sexuality Issues and Gynecologic Care of Adolescents with Developmental Disabilities. *Pediatr Clin.* 2008 Dec 1;55(6):1315-35.
 - viii. Allen-Leigh et al (2013). Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Publica Mex*, 55(s2): 235:240
 - Marge Berer. (n.d). Doble protección: más necesitada que practicada o comprendida. 25 de agosto de 2015, de Diaseere Sitio web: <http://www.diassere.org.pe/temas-de-salud-reproductiva/revista-no-6/doble-proteccion/>
 - Artículo 35 de la Ley General de Víctimas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2013.
 - Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada en Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
 - Artículo 103 de la Ley General de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el Diario Oficial de la Federación 04 de diciembre de 2014.
 - Artículo 18, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
 - Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Committee for the Ethical Aspects of Human
 - Reproduction and Women's Health. 2006. Ethical guidelines on conscientious objection. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 92(3):333-334.
 - Adaptado de Family Violence Prevention Fund's Identifying and Responding to Domestic violence: Consensus Recommendations for Child and Adolescent Health (Consultado el 25 de agosto de 2015. Sitio web: www.futureswithoutviolence.org/files/HealthCare/pediatric.pdf).



Módulo 4

4. Herramientas de atención y habilidades clave

Temas

- 4.1 Servicios de salud amigables para las y los adolescentes
- 4.2 Servicios de salud sexual y reproductiva accesibles para las y los adolescentes: accesibilidad, barreras y cómo reducirlas
- 4.3 Competencias claves para prestadores de salud: cómo hablar con las y los adolescentes
- 4.4 Competencias claves para prestadores de salud: manejo de grupos y educación grupal
- 4.5 Reflexionar sobre mis valores, creencias y prejuicios para dar una mejor atención a las y los adolescentes

Objetivo

Soy competente para proveer atención amigable y de calidad a las y los adolescentes

Introducción

La población adolescente enfrenta mayores barreras de acceso a los servicios de SSR y al uso de métodos anticonceptivos de alta eficacia en comparación con otros grupos de edad. Las barreras en la provisión de servicios de salud se relacionan con la accesibilidad, aceptabilidad y equidad.

En este módulo se desarrollan las características de los servicios amigables y se brindan estrategias para que el personal de salud desarrolle competencias para la consejería, con el objetivo de establecer una mejor comunicación con las y los jóvenes. Además, se brindan alternativas para reflexionar sobre los valores, creencias y prejuicios propios. Como plantea la ENAPEA, las y los adolescentes aumentan la utilización de servicios de SSR cuando: se cuenta con personal capacitado y amigable que evita emitir juicios; se hace el esfuerzo para que las instalaciones sean acogedoras y atractivas; se promueve la disponibilidad de los servicios de salud amigables y se motiva a la población a usarlos cuando los necesiten, y existe comunicación con los miembros de la comunidad.

En el código QR encontrarás un cortometraje animado, con una reflexión acerca de lo necesarios que somos todos y sobre la trascendencia del trabajo de cada persona para mover y hacer funcionar el mundo.



49.7%
de las y los adolescentes no usa los servicios de SSR. El 20% de quienes los usan no se sienten cómodos/as para hacer preguntas.*

40%
de las y los adolescentes no conoce siquiera uno de sus derechos en materia de SSR.

4.1 Servicios de salud amigables para las y los adolescentes

Filipa de Castro, Betania Allen Leigh, Wendy Nakatsukasa Ono

El término servicios amigables se refiere a las características del trato que deben proveer los servicios de salud a la o el adolescente para ser considerados de calidad. En la revisión de la experiencia internacional dentro de la ENAPEA, se constata el éxito de ofrecer servicios amigables. Implementar estos servicios implica capacitar y sensibilizar al personal de salud para enfrentar la tarea de asesorar, motivar y empoderar a la población adolescente en cuanto a SSR. Estas acciones tienen el objetivo de mejorar su calidad de vida, prevenir enfermedades y ayudarlos a ejercer sus derechos sexuales reproductivos. Las dimensiones de la calidad de los servicios amigables propuestas por la OMS establecen que estos deben ser equitativos, accesibles, apropiados, aceptables y eficientes.

4.1.1 Servicios equitativos

Se refiere a que las estrategias y planes contemplen que toda la población adolescente acceda a los servicios de SSR y no solo algunos segmentos.

Característica	Definición
Se aplican normas y procedimientos que no imponen ningún tipo de restricción a la provisión de servicios de salud.	No existe norma o procedimiento alguno que restrinja la prestación de los servicios de salud a las y los adolescentes con base en la edad, el sexo, la orientación o identidad sexual o de género, la posición social, el entorno cultural, el origen étnico, lengua, la discapacidad o cualquier otra característica.
Las y los profesionales de salud, así como el personal de apoyo, tratan a las y los adolescentes con la misma atención y respeto, independientemente de su posición o sus características.	Las y los profesionales de la salud prestan el mismo nivel de atención y consideración a todos los adolescentes independientemente de su edad, sexo, orientación o identidad sexual o de género, posición social, entorno cultural, origen étnico, discapacidad o cualquier otra razón.
Derechos sexuales que lo sustentan	Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad; a vivir libre de toda discriminación; a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad; a la educación sexual; a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.
Prejuicios que debe evitar la o el proveedor de servicios de salud	Todos aquellos prejuicios que le impidan tratar de forma incluyente a las personas, ya sean raciales, económicos, culturales, religiosos o cualquier otro, incluyendo prejuicios hacia el ejercicio de la sexualidad por adolescentes de cualquier edad o hacia la diversidad sexual.

4.1.2 Servicios accesibles

La población adolescente tiene la posibilidad de contar con todos los servicios de salud. Esto se refiere a que sepan cuándo, cómo y dónde pueden acceder a los servicios, y que estos deben adaptarse a las necesidades de las y los jóvenes. Por ejemplo, deben contemplar que puedan hacer uso de los servicios fuera de los horarios escolares y de trabajo.

Características	Definición
Se aplican normas y procedimientos que garantizan que los servicios de salud sean gratuitos o accesibles para las y los adolescentes.	Las y los adolescentes pueden acceder gratuitamente a los servicios de salud.
Horario de atención apropiado.	Las y los adolescentes pueden acceder a los servicios de salud en horarios flexibles y convenientes para ellos.
Las y los adolescentes están adecuadamente informados sobre los diversos servicios de salud integral disponibles y sobre la manera de acceder a estos.	Las y los adolescentes saben qué servicios de salud se prestan, dónde se proporcionan y cómo se accede.
La comunidad entiende los beneficios que aporta a las y los adolescentes el acceder a los servicios de salud que necesitan y apoya a que se ofrezcan a este grupo de edad.	Los miembros de la comunidad (incluidos los padres y las madres) están adecuadamente informados acerca de cómo la provisión de servicios de salud podrá ayudar a las y los adolescentes y apoyan la prestación de estos servicios.
Algunos servicios de salud y productos básicos relacionados con la salud son proporcionados en el entorno social por miembros de la comunidad, promotores o las y los adolescentes.	Se llevan a cabo iniciativas dirigidas a proporcionar servicios de salud a las y los adolescentes en su entorno más cercano. Dependiendo de la situación local, los promotores comunitarios de salud, algunos miembros seleccionados de la comunidad (por ejemplo, los entrenadores deportivos) y las y los adolescentes pueden participar en estas iniciativas.
Derechos sexuales que lo sustentan	Derecho a decidir de forma libre sobre su cuerpo y su sexualidad; a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad; a la educación sexual; a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva; a la participación en las políticas públicas de sexualidad.
Prejuicios que debe evitar la o el proveedor de servicios de salud	Suponer que las y los adolescentes no están capacitados para participar en la difusión de la sexualidad; que las y los adolescentes deben adaptarse a los servicios de SSR para acceder a ellos.

4.1.3 Servicios apropiados

Apropiado se refiere a que el servicio responda a lo que la o el adolescente necesita; es decir, no se limita al motivo de la consulta o lo referente a SSR, sino que establece vínculos con otros profesionales para satisfacer las necesidades de forma inmediata.

Características	Definición
Se ofrece el paquete de atención de salud adecuado para satisfacer las necesidades de las y los adolescentes en el centro de atención o mediante redes de referencia.	Los servicios de salud abordan las necesidades y los problemas de salud de las y los adolescentes en el centro de atención o mediante redes de referencia.
Derechos sexuales que lo sustentan	Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad; a la educación sexual; a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.
Prejuicios que debe evitar la o el proveedor de servicio de salud	Que el servicio de SSR se limite a resolver el motivo clínico de la consulta.

4.1.4 Servicios eficientes

Los servicios se otorgan de forma adecuada y contribuyen a la salud sexual de la o el adolescente. Contempla que las y los profesionales están capacitados no sólo en cuanto a temas de SSR, sino en técnicas para comunicarse y motivar a quien acude a la atención.

Características	Definición
Las y los profesionales de servicios de salud están capacitados y operan según los protocolos y directrices basados en evidencia.	La atención en los servicios de salud basa su actuar en la Ley General de Salud, normas oficiales mexicanas y protocolos técnicamente establecidos y de probada utilidad, aceptados por las autoridades pertinentes.
El personal de salud dispone de tiempo suficiente para trabajar.	No apresuran la consulta y dan tiempo para que la o el adolescente comunique todas sus dudas.
El punto de prestación de los servicios de salud dispone del equipo, los suministros y los servicios básicos para atender a las necesidades de las y los adolescentes.	Todos los puntos de prestación de servicios de salud disponen del equipo, los suministros, (incluidos los medicamentos y métodos anticonceptivos) y los servicios básicos (por ejemplo, privacidad, agua y saneamiento) necesarios para prestar los servicios de salud.
Derechos sexuales que lo sustentan	Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual; al respeto a mi intimidad y mi vida privada; a la libertad reproductiva; a vivir libre de toda discriminación; a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad; a la educación sexual; a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.
Prejuicios que debe evitar la o el proveedor de servicios de salud	Pensar que todo lo sabe y no necesita capacitarse; tener renuencia al cambio y no adecuarse a los tiempos actuales.

4.1.5 Servicios aceptables

Promueve que las y los adolescentes estén dispuestos a recibir los servicios ofertados. Lo anterior se consigue eliminando las barreras por las cuales las y los adolescentes no acuden al servicio; por ejemplo, poca privacidad y confidencialidad, el que se sientan juzgados por el personal o piensen que el servicio de SSR no está enfocado en ellos.

Características	Definición
Se aplican normas y procedimientos que garantizan la confidencialidad a las y los adolescentes.	La confidencialidad se mantiene antes, durante y después de cualquier consulta o sesión de consejería (excepto cuando la salud psicofísica de la o el adolescente se encuentra en riesgo inminente).
El personal no revela información proporcionada por la o el adolescente a terceras personas (familiares, docentes, empleadores, parejas, etc.) sin su consentimiento.	
El centro de atención para la salud garantiza la privacidad.	El centro de atención para la salud se ubica y se encuentra organizado de tal manera que garantiza la privacidad en la consulta.
El personal de salud es accesible y considerado respecto de las opiniones de las y los adolescentes.	Las y los profesionales de salud se esfuerzan por relacionarse de manera amistosa y sin prejuicios con las y los adolescentes. Respetan sus opiniones y dan valor a la palabra de las y los adolescentes.
El tiempo de espera para una visita, con cita previa o sin ella, es breve y la referencia es rápida.	Las y los adolescentes pueden realizar una consulta con profesionales de salud solicitándola con poco tiempo de antelación, aunque no cuenten con una cita previa formal. Es prioritaria la atención a este grupo poblacional.
Se suministra información y educación por medio de diversos canales.	Se dispone de información para la salud apropiada para adolescentes en diferentes formatos (por ejemplo, carteles, folletos y volantes, actividades individuales y grupales), mediante materiales con lenguaje coloquial, atractivo y fácil de comprender.
Las y los adolescentes participan activamente en el diseño, la evaluación y la prestación de los servicios de salud.	Se les da la oportunidad a las y los adolescentes de compartir sus experiencias de acceso a los servicios de salud, hacer críticas y aportar sugerencias.
Derechos sexuales que lo sustentan	Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual; al respeto a mi intimidad y mi vida privada; a la libertad reproductiva; a la igualdad de oportunidades y a la equidad; a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad; a la educación sexual; a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.
Prejuicios que debe evitar la o el proveedor de servicios de salud	Pensar que debe estar presente un adulto para ofrecer información a una o un adolescente; no dar la atención si no se programó una cita; pensar que la información científica debe incluir tecnicismos.

4.2 Reducción de barreras en servicios de SSR para las y los adolescentes

Betania Allen, Filipa de Castro, Suzette Brann, Wendy Nakatsukasa Ono

Las barreras que impiden a las y los adolescentes hacer uso de los servicios de SSR se engloban en cuatro rubros: restricciones políticas, barreras operacionales, escasez de información y sentimiento de incomodidad (Figura 4.1).

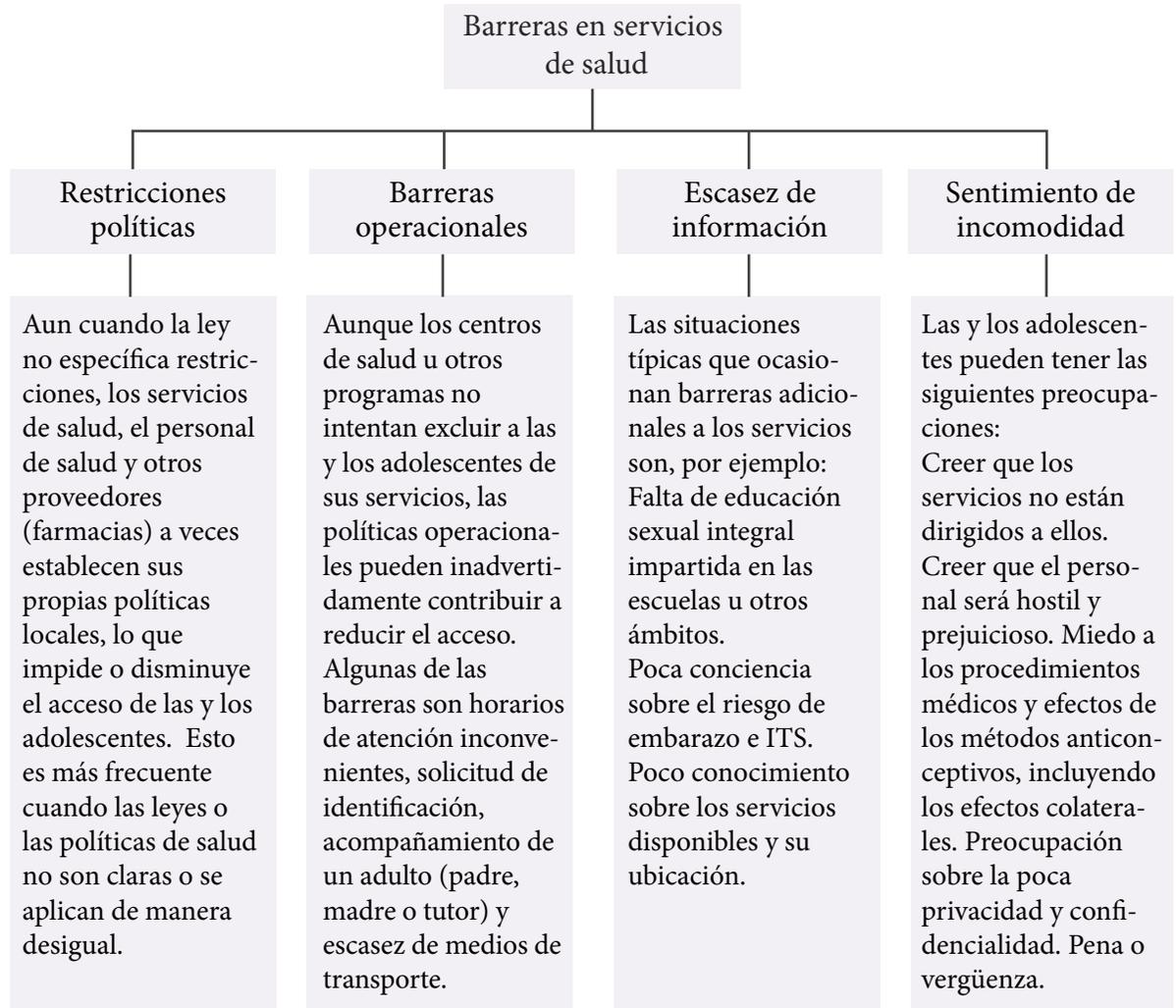


Figura 4.1. Barreras en servicios de salud

4.2.2 Características de los servicios amigables y estrategias para incrementar la accesibilidad

Las y los adolescentes consideran que un ambiente amigable debe contar con personal sensible (especialmente el que ofrece consejería), con conocimientos técnicos de calidad y confiables. También insisten en que los servicios deben ser confidenciales, costeables y de fácil acceso. A continuación se presenta la lista sugerida por Judith Senderowitz, para evaluar los servicios amigables.

Características del Proveedor	
Personal capacitado específicamente para dar servicios amigables	
Respeto para las y los jóvenes/adolescentes	
Privacidad y confidencialidad para las o los jóvenes/adolescentes	
Tiempo adecuado para la interacción adolescente-personal de salud	
Disponibilidad de consejeros y consejeras de pares (jóvenes)	
Características del Servicio de Salud	
Espacio separado y horario especial para adolescentes	
Horario conveniente	
Ubicación conveniente	
Espacio adecuado y privacidad suficiente	
Entorno cómodo	
Características del Diseño del Programa	
Involucramiento de las y los jóvenes en el diseño y retroalimentación continua	
Atención sin cita y poco tiempo de espera al agendar previamente una cita	
Lugar de espera sin amontonamiento y tiempo corto de espera	
Precios accesibles	
Publicidad con información para las y los jóvenes	
Invitación y atención a la población más joven (12 a 17 años) y a la población adulta joven	
Amplio rango de servicios	
Posibilidad de las referencias necesarias	
Otras características posibles	
Material educativo disponible en el lugar y para llevar	
Discusiones grupales	
Posibilidad de retrasar (no realizar inmediatamente) el examen pélvico y de sangre	
Formas alternativas de obtener información, consejería y servicios	

4.2.1 Página de Internet INSP/Inmujeres www.comolehago.org

Desirée Vidaña, Marisela Olvera

¿Cómo le hago? es una página dirigida a la población adolescente y tiene tres objetivos principales: ofrecer información clara y directa, con base en evidencia científica, así como sugerencias, estrategias o tips para tener una comunicación asertiva con su pareja, madres, padres y personal de los servicios de salud. (Figura 4.2).

Como prestadora o prestador de servicios de salud puedes recomendar abiertamente el uso de esta página, con la certeza que lo que está aquí es información basada en evidencia científica actual. A su vez, leer los contenidos te puede dar ideas para abordar los temas en consulta con los adolescentes.

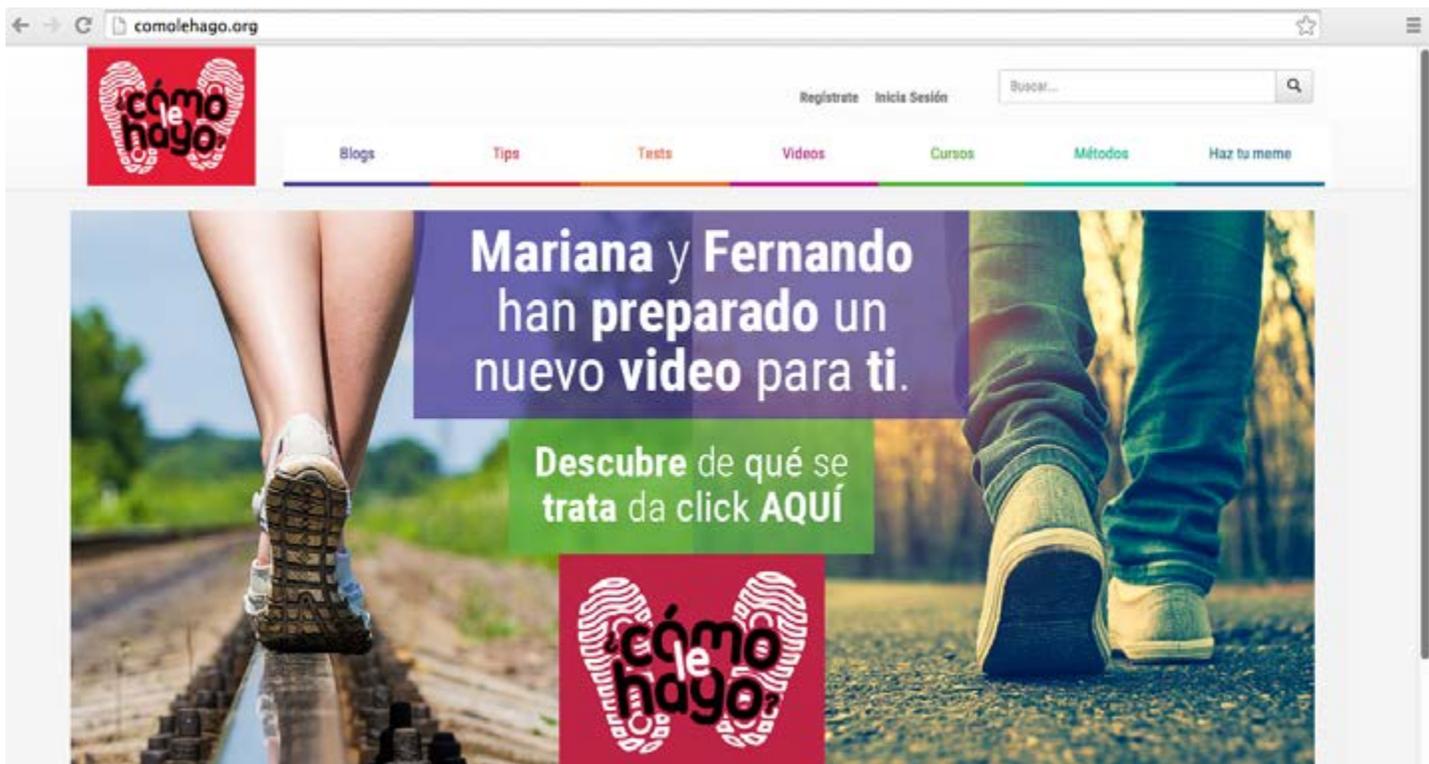


Figura 4.2. ¿Cómo le hago?, página de Internet sobre uso de métodos anticonceptivos.

La página se ha estructurado en siete secciones, las cuales se describen a continuación.

1. **Blogs:** artículos cortos que aclaran mitos, dan herramientas de fácil comprensión sobre temas de sexualidad, métodos anticonceptivos, entre otros.
2. **Tips:** entradas de texto cortas que tienen la finalidad de aportar ideas o consejos útiles relacionados con cada entrada de blog. Por ejemplo, números de ayuda en caso de sufrir una situación de violencia o consejos para comunicarse con el personal de salud.
3. **Test:** se proponen pequeños cuestionarios o tests para reforzar el conocimiento respecto de temas como el embarazo, protección dual, PAE.
4. **Videos:** dos personajes adolescentes, Mariana y Fernando, entrevistan a expertos para informar sobre diversos temas de la salud sexual; por ejemplo: los servicios amigables, ITS, cómo poner un condón masculino o femenino, cómo usar el violéntómetro, entre otros.
5. **Cursos:** se incluyen dos minicursos enfocados a que las y los adolescentes aprendan a utilizar los métodos anticonceptivos y a tomar decisiones asertivas.
6. **Métodos:** se presentan todos los métodos disponibles en el mercado agrupados en cinco categorías: los que protegen contra ITS, los más efectivos para prevenir un embarazo, los libres de hormonas, los fáciles de ocultar y los disponibles en los centros de salud (Figura 4.3). Al dar clic sobre el método anticonceptivo, se despliega una descripción rápida, que incluye: porcentaje de efectividad, tipo de anticonceptivo (natural, barrera, hormonales), disponibilidad en los centros de salud, y en qué ocasiones disminuye su efectividad; además se presenta la opción de Ver más, que ofrece información más completa: qué es, cómo funciona, si protege contra ITS y por qué sería ideal para una persona. (Figura 4.4)
7. **Haz tu meme:** sección lúdica que invita a las y los adolescentes a escribir pequeñas frases reflexivas acerca de la anticoncepción y temas afines.



Figura 4.3. Menú rápido sobre métodos anticonceptivos.

Condón Femenino

¿QUÉ ES?

El condón femenino está hecho de plástico (poliuretano). Tiene dos aros flexibles en cada extremo. Un extremo está cerrado y va dentro de la vagina. El otro extremo está abierto y queda por fuera cubriendo los labios menores y mayores.

Si tú o tu pareja son alérgicos al látex pueden optar por este condón. Puede usarse con lubricantes de base de agua o aceite.

¿CÓMO FUNCIONA?

- 1.- Apachurra los lados del aro que está cerrado, juntándolos y mételo como si fuera un tampón.
- 2.- Empuja el aro tan adentro de tu vagina como puedas, tiene que llegar a la entrada de tu cérvix.
- 3.- Saca tu dedo y deja el aro con la entrada abierta por fuera de tu vagina, cubriendo los labios mayores.

¿PROTEGE DE ITS?

¡Sí! Los condones femeninos sí protegen de las diversas infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, pues es una barrera física para evitar el contacto entre los genitales. Ya que la vagina y el pene segregan fluidos (antes y después de la eyaculación) es importante que uses condón antes de cualquier contacto genital.

¿ES IDEAL PARA TI?

Figura 4.4. Ejemplo de descripción detallada de cada método.

4.3 Competencias clave para el personal de salud

Carlos A. Campos, Filipa de Castro, Betania Allen

31.8%
de las y los prestadores de salud no utilizan guías para la atención.

12%
se niega a proporcionar PAE a adolescentes si no los acompaña un adulto.

>5%
proporciona información sobre el uso del condón a ambos sexos.

25%
no se siente capacitado para informar sobre la PAE.

La educación sexual integral facilita el desarrollo de habilidades o capacidades con base en información relevante, científica y apropiada a la etapa de desarrollo en la que se encuentra la o el adolescente. La obligación básica del personal no es otorgar salud, sino proporcionar los medios para conseguirla. Por ello es útil tener en cuenta los principios bioéticos que favorecen la autonomía y el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva de todas las personas, incluyendo las y los adolescentes: principios de beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y capacidad-competencia en la toma de decisiones.

1. Principio de beneficencia: obligación moral de actuar en beneficio de los otros, de tal manera que sea posible prever y evitar posibles daños, al evaluar las consecuencias de una acción determinada.
2. Principio de no maleficencia o primero no dañar: busca evitar producir daño intencionadamente. Considera el respeto a la integridad física y psicológica de la persona. Esta obligación de no dañar prima sobre el deber de hacer o promover el bien, teniendo una mayor jerarquía que el principio de beneficencia.
3. Principio de justicia: se refiere fundamentalmente al reparto o distribución equitativa de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos en salud. De aquí se desprende que los servicios de salud amigables deban ser equitativos.
4. Principio de autonomía: consiste en la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en las decisiones que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse al elegir. Se definen tres condiciones para la autonomía:
 - Actuar intencionadamente (de forma libre y voluntaria)
 - Con conocimiento y adecuada comprensión de la información
 - En ausencia de influencias externas o coacción de ningún tipo, que influyan sobre la decisión a tomar
5. Capacidad-competencia en la toma de decisiones: la relación clínica se basa en el reconocimiento de la dignidad de la persona y el respeto a la autonomía de las personas. En México, tanto la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* en la Ley General de Salud, y la NOM de PF se determina el derecho de las y los adolescentes a participar activamente en la toma de decisiones sobre su SSR.

4.3.1 Cinco puntos clave sobre atención efectiva con las y los adolescentes

(Ver 1.1.5 5 prácticas + 5 pasos para una consulta efectiva)

4.3.1.1 Los cinco puntos clave sobre atención efectiva con adolescentes:

1. Brinde información de forma clara sobre los riesgos del embarazo o infecciones de transmisión sexual.
2. Proporcione información a detalle cuando sea necesario o a solicitud del o la adolescente.
3. Realice preguntas respetuosas, cuidadosas y pertinentes sobre los comportamientos sexuales y las barreras que existen para las y los adolescentes, que pueden estar impidiendo que usen protección.
4. Dé ejemplos sobre cómo decir no a situaciones de riesgo, a tener relaciones sexuales bajo coerción y a negociar el uso del condón.
5. Dé un mensaje claro sobre cómo evitar tener relaciones sexuales sin protección.

4.3.1.2 Los cinco puntos clave sobre evaluación psicosocial con las y los adolescentes:

1. Introduzca el concepto de evaluación psicosocial
 - Explique el propósito de la evaluación psicosocial
2. Use técnicas de comunicación efectiva de forma genérica
 - Demuestre habilidades de escucha activa
 - Busque equilibrio en el uso de preguntas abiertas y focalizadas
 - Aclare información de forma eficaz
 - No utilice lenguaje especializado o técnico
3. Use habilidades de comunicación enfocadas en la o el adolescente
 - Considere el nivel de desarrollo de la o el adolescente
 - Comience con temas que no son sensibles
 - Hable en tercera persona al abordar temas sensibles
 - Ofrezca diversas opciones para facilitar la discusión
 - Estimule a la o el adolescente a hacer preguntas
4. Brinde retroalimentación y promueva un estilo de vida saludable
 - Hacerle saber a la o el adolescente las cosas que está haciendo correctamente
 - Refuerce positivamente las conductas constructivas
 - Hacerle saber a la o el adolescente las cosas que está haciendo que podrían dañar su salud o llevar a situaciones peligrosas
 - Mencione las conductas de riesgo sin prejuicios
5. Termine con un plan a corto plazo de recomendaciones
 - Proponga una segunda visita

4.3.2 Competencias clave para dar consejería con perspectiva de género y derechos sexuales

Uno de los papeles centrales de un proveedor de salud que trabaja con adolescentes es el apoyar a sus clientes jóvenes en la práctica del sexo protegido, incluyendo la prevención de embarazos no planeados y de la transmisión del VIH y otras ITS, a través de la consejería con un enfoque de género y de derechos.

Las expectativas con relación al género (los papeles o roles de género, etc.) pueden afectar la sexualidad y crear barreras para el logro de una salud sexual y reproductiva plenas. La equidad entre hombres y mujeres, o la falta de la misma, afecta las expresiones de la sexualidad.

Por ejemplo, los estereotipos de género pueden indicar que los hombres son (o deben ser) los expertos en temas de sexualidad, lo cual impide que hagan preguntas o busquen mayor información sobre las prácticas sexuales. Dichos estereotipos pueden ser una barrera para que pidan apoyo en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva. Es decir, si los varones se sienten presionados a demostrar que lo saben todo sobre la sexualidad (y que han tenido mucha experiencia sexual), se les dificultará hacer preguntas o expresar dudas sobre anticonceptivos, condones, prácticas sexuales, etc.

Por otra parte, las inequidades de género pueden implicar concepciones como que las mujeres y las niñas no deben aprender sobre sus cuerpos ni sobre la sexualidad, lo cual también dificulta el que hagan preguntas, busquen información, aprendan y demuestren sus conocimientos. Cuando existe esta concepción, es poco probable que una mujer joven demuestre que sabe usar un condón, que sepa cómo funcionen diferentes anticonceptivos o que proponga o exija su uso.

De esta manera, los diferentes estereotipos o normas de género pueden impedir la búsqueda de métodos de planificación familiar para prevenir un embarazo, así como la negociación del uso del condón.

Algunas estrategias generales para la consejería con enfoque de género y de derechos³

Con relación a las y los adolescentes:	<p>Incluir las siguientes actitudes y prácticas en la atención, los servicios y específicamente en la consejería que se ofrece a adolescentes es una manera de actuar con calidad utilizando una perspectiva de género que respete los derechos sexuales y reproductivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratar a los y las usuarias adolescentes como personas y no como casos médicos, niños/as, o como un problema. Respetar su individualidad y su derecho a expresarla, apoyándolos para que la vivan de manera sana y placentera.• Asegurarles a las y los usuarios que toda la información que dan o cualquier comentario que hagan es confidencial (explicando qué significa la confidencialidad y discutiendo las limitaciones que pueda tener).
Con relación a mi propia actividad profesional:	<ul style="list-style-type: none">• Concientizarse sobre sexualidad y tomar en cuenta los propios sentimientos y valores en relación a la misma. Esto facilita el no emitir juicios de valor hacia las y los usuarios adolescentes basados en creencias personales. También es importante para no imponerles a las y los usuarios los propios valores del/la prestador/a. Es necesario ser imparcial, objetivo y honesto.• Reconocer las propias limitaciones y saber cuándo es mejor referir a la o el usuario/a con otro prestador de servicios de salud. Esto es especialmente importante al discutir condiciones médicas o tratamientos.• Tener en mente que llegar hasta la unidad de salud y hablar sobre la sexualidad, la prevención del embarazo o de las ITS, puede haber requerido un gran esfuerzo e implicado la superación de miedos de parte del usuario/a adolescente.
En relación con actitudes y prácticas en mi ejecución profesional:	<p>Para respetar los derechos de las y los adolescentes al dar la atención e impartir consejería, las y los prestadores de servicios de salud pueden:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aceptar a cada adolescente como es.• Usar lenguaje comprensible para ellos/as.• Preguntar sobre sus opiniones, preferencias y sobre qué opción prefieren (y posteriormente respetar lo que expresen).• Permitirles tomar sus propias decisiones.• Hacerlos sentir bienvenidos.• No juzgarlos ni expresar juicios de valor (de manera verbal o no verbal).• Dar servicios cuando los necesitan y dentro del periodo de tiempo que ellos tienen disponible para recibirlos.

Para crear un ambiente de apoyo y respeto a los derechos de las y los adolescentes, se puede:

En relación con el ambiente físico de la unidad médica

- Colgar letreros, carteles, folletos y otros materiales educativos y promocionales que muestren que el servicio se ofrece a adolescentes hombres y mujeres, en pareja o solos, y de diferentes orientaciones sexuales e identidades de género.
- Usar términos que no asuman el género de los compañeros románticos o sexuales (pareja, etc.) y no usar “él” o “ella” hasta saber cuál es el género del/la usuario/a. La evidencia demuestra que los y las adolescentes quieren que el/la prestador les pregunte cuál es el género de su pareja. Se puede preguntar de una manera muy sencilla: ¿tienes novio o novia? ¿tu pareja es hombre o mujer?
- Dar educación sobre la sexualidad, las herramientas y destrezas necesarias para negociar el uso de anticonceptivos y el condón, así como dar herramientas de vida, utilizando ejemplos de parejas heterosexuales, homosexuales, gay, lesbianas, transgénero y comentando que muchos/as adolescentes tienen dudas sobre su sexualidad.

4.3.3 Confidencialidad y privacidad en la atención para las y los adolescentes

La confidencialidad se relaciona con que las y los adolescentes retrasen la búsqueda o eviten acudir a la atención médica. Durante la visita es más probable que la o el adolescente comparta información sensible si previamente se le explica que la atención será confidencial y si tiene un tiempo a solas con la o el proveedor de salud. El personal de salud debe comentar en qué términos será confidencial la atención en cada visita.

La ética de la confidencialidad y del secreto profesional se basa en el respeto a la autonomía de la persona. Sin confidencialidad no hay privacidad y sin esta se pierde el control de la propia vida. La privacidad hace referencia a la protección de la autoimagen, fundamentalmente pública, a la que tiene derecho todo individuo y que constituye, después de la propia vida y la salud, el valor máspreciado de la persona, al que ha dedicado gran parte de sus esfuerzos.

En la práctica, para garantizar la confidencialidad se recomienda recordar los protocolos que guíen la manera de actuar del personal de salud.

4.3.3.1 Confidencialidad desde la perspectiva de los padres

- Las y los proveedores de salud deben educar a los padres sobre el derecho de sus hijas e hijos a la confidencialidad.
- Es importante recordar que en la mayoría de los casos los padres o madres que acompañan a sus hijas o hijos tienen una preocupación genuina. Es tarea del personal de salud promover la participación de los padres o madres en la discusión sobre la salud de sus hijos o hijas, pero es la o el adolescente quien tiene la última palabra sobre cómo y cuándo iniciar o continuar su vida sexual.

4.3.3.2 Primer encuentro con padres

- Defina y describa cómo va transcurrir la consulta.
- Explique las políticas que se manejan en el consultorio.
- Valide la función de la madre o el padre o la persona responsable de la o el adolescente.
- Dirija las preguntas al adolescente, teniendo en cuenta que sus padres están presentes.

La poca privacidad y confidencialidad, así como el temor de que sus padres se enteren, pueden impedir que las y los adolescentes acudan a los servicios de SSR.

>50%
de las y los adolescentes recibe consejería individualizada.

76%
de las y los jóvenes entre 15 y 24 años de edad ha vivido un episodio de violencia en el noviazgo al menos una vez.

4.3.3.3 Cómo solicitar a las madres o los padres de familia unos minutos a solas con la o el adolescente.

- Invite a la tutora o el tutor a pasar unos minutos a la sala de espera.
- Comunique que hablará con ella o él antes de terminar la consulta.
- Invite a la madre, el padre o al responsable legal del adolescente a regresar al consultorio antes de dar por terminada la consulta.

4.3.4 Discutiendo relaciones sanas con las y los adolescentes

Según la Encuesta sobre Violencia en el Noviazgo (ENVIN 2007), 76% de las y los jóvenes mexicanos entre los 15 y 24 años vivió episodios de violencia al menos una vez en el noviazgo. Sobre los motivos que ocasionan el enojo con la pareja, 41% de los hombres respondió que se molesta por celos; 25.7%, porque su pareja tiene muchos amigos, y 23.1% señala que su pareja se enoja de todo sin razón aparente. Por su parte, 46% de las mujeres afirmó que se molesta porque siente celos; 42.5% porque su pareja queda en algo y no lo hace, y 35% porque considera que es engañada.

Una exploración de las relaciones puede servir como un primer paso para después explorar temas como la actividad sexual, uso del condón y de métodos anticonceptivos y posteriormente la violencia de noviazgo. La adolescencia es una etapa en la cual es primordial empezar a discutir la confianza, comunicación y el respeto dentro de las relaciones sociales.

Rueda de las relaciones saludables

Herramienta visual que permite hacer las siguientes cuatro preguntas abiertas para comenzar una conversación sobre relaciones saludables: (Figura 4.5).

- ¿Puedes encontrar en la rueda algún aspecto que coincida con el tipo de relación que llevan tú y tu pareja?
- ¿Cuáles áreas de la rueda son las más importantes para ti cuando piensas en respeto? ¿Por qué?
- ¿Cómo manejas algún desacuerdo dentro de tu relación? ¿Cuáles ideas de la rueda pueden ayudarte a lidiar con un conflicto o a resolverlo?

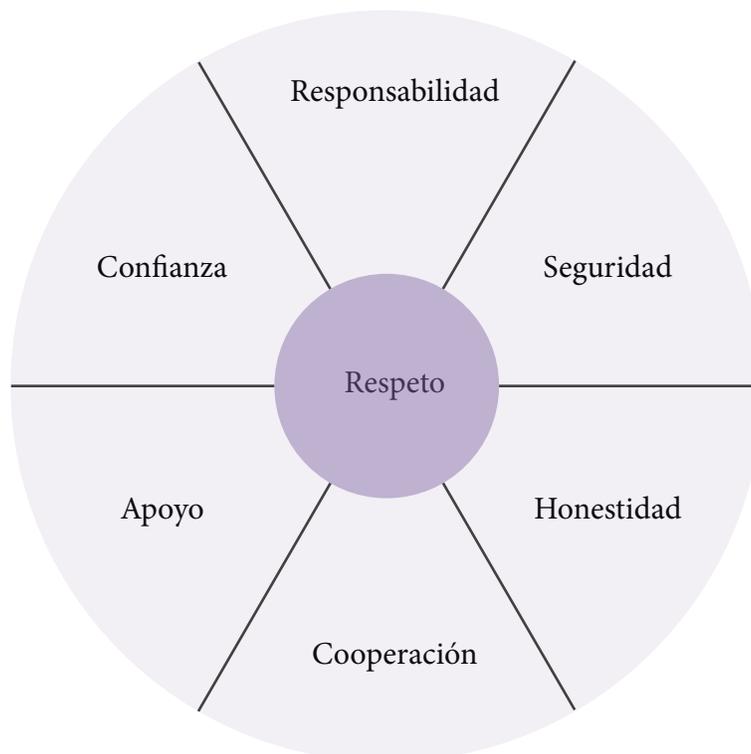


Figura 4.5. Rueda de las relaciones saludables



El enlace te conducirá a la página *Dos deben saber: sexualidad saludable*. Una página recomendable para adolescentes, que aborda temas sobre sexualidad y relaciones sanas.

Mensajes para relaciones sanas:

- Ambos integrantes son iguales en la relación.
- Ambos demuestran flexibilidad en los comportamientos y roles.
- Cada miembro de la relación evita tomar una actitud de posesión sobre la otra persona.
- Se motivan mutuamente para realizar su máximo potencial.
- Cada uno evita la manipulación, explotación y uso del otro.

Estrategias de intervención del personal de salud

- Promover la intimidad sexual en relaciones sanas y sugerir el uso de experiencias placenteras, la comunicación con la pareja y la importancia del sexo seguro como parte del estar listo para tener relaciones sexuales.
- Plantear la cuestión del uso consistente del condón. Si hay riesgo de ITS compartir formas de disminuir el riesgo de contraer ITS, así como la reducción del riesgo de embarazo.
- Las drogas no legales y el alcohol pueden disminuir las habilidades de toma de decisiones y negociación. Motivar a las y los adolescentes a: negociar con sus parejas las cuestiones sexuales antes de beber o ir a fiestas; designar a un amigo que va a mantenerse sobrio durante la fiesta o reunión; tener siempre cuidado con las bebidas que consume y vigilar las mismas para evitar que les pongan alguna sustancia.
- Identificar las actitudes hacia las relaciones sexuales y disipar los mitos. Por ejemplo: “Usar dos condones a la vez no incrementa tu seguridad y puede hacer que el condón se rompa”.
- Si la o el adolescente no usa anticonceptivos, indagar el porqué, identificar las barreras para usarlos y tratar de brindar soluciones.
- Actualizar el historial sexual del adolescente en cada visita. Trate de entender las circunstancias sociales, culturales y cognitivas de su actividad sexual. Utilice cada oportunidad para educar o recordarle a la o el adolescente las conductas de riesgo y alternativas más seguras durante el sexo.
- Identificar y reafirmar las conductas y elecciones positivas. De ser posible brinde una retroalimentación a la o el adolescente.
- Aplauda a la o el adolescente por tomar decisiones informadas, ya sea por decidir la abstinencia sexual o comenzar su vida sexual de manera planeada y protegida.
- Utilizar técnicas de reducción de riesgos y entrevista motivacional para promover el cambio de conductas.
- Promover la comunicación entre hijos y padres.
- Discutir la importancia y el significado de las relaciones saludables.
- Mantener en mente que algunos adolescentes pueden estar teniendo relaciones sexuales por motivos como el deseo de quedar embarazadas, probar su fertilidad, o sexo recompensado (relaciones sexuales a cambio de dinero o regalos). Utilizar técnicas como la entrevista motivacional y la reducción de riesgos para explorar estos temas.

4.3.5 La estrategia VERME

Ver 1.1.5 5 prácticas + 5 pasos para una consulta efectiva

Vínculo	
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Miro a los ojos de las y los adolescentes?• ¿Intento que la o el adolescente se sienta cómodo/a?• ¿Me concentro en las necesidades específicas de la o el adolescente?• ¿Dejo hablar a la o el adolescente? (¿doy tiempo suficiente para que describa sus inquietudes y enfermedades sin interrumpir?)• ¿Presto atención a lo que dice?, ¿mi atención está enfocada en la o el adolescente?• ¿Busco tratar con respeto a las y los adolescentes?

Evalúo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tomo (o apoyo para que se tome) la historia clínica, aunque sea abreviada, cada vez? • ¿Escucho a la o el adolescente? • ¿Pregunto qué método de anticoncepción prefiere la o el adolescente? • Además de la anticoncepción, ¿hablo con las y los adolescentes de otros temas relacionados con la salud sexual? • ¿Pregunto si la o el adolescente tiene preguntas o dudas? • ¿Pregunto si tiene relaciones sexuales, indagando sobre el género de la pareja sexual, así como sobre si tiene contacto erótico sin penetración en caso de que responda que no tiene relaciones sexuales?
Respondo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Explico cómo se usan los métodos anticonceptivos? • ¿Menciono los beneficios de estos métodos? • ¿Averiguo si la o el adolescente tiene dudas o preguntas? • ¿Empleo un lenguaje apropiado? • ¿Evito hacer uso excesivo del lenguaje técnico? • ¿Busco usar una variedad de medios para comunicarme con las y los adolescentes? • ¿Busco proporcionar información suficiente? • ¿Muestro interés y empatía? (¿busco comunicar que tengo un interés genuino por atender y resolver el problema de la o el adolescente?) • ¿Hago un esfuerzo por explicar claramente? (¿intento resolver las dudas con explicaciones claras y con información suficiente?)
Motivo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Doy información de cómo la o el adolescente se puede proteger contra el VIH/SIDA y otra ITS? • ¿Muestro interés en la o el adolescente como persona? (¿pregunto sobre aspectos relevantes de su vida o situación, no lo/la trato como uno más/uno del montón?) • ¿Busco entender sus preocupaciones? • ¿Hablo o explico las cosas sin regaños? • ¿Le pregunto a la o el adolescente qué método anticonceptivo prefiere?
Empodero	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Doy siempre la opción de una cita de seguimiento? • ¿Trato a las y los adolescentes como personas sujetos de derechos? • ¿Busco demostrar una actitud positiva hacia la sexualidad (en general y hacia la expresión de la sexualidad de cada adolescente)? • ¿Involucro a la o el adolescente en la decisión de qué método anticonceptivo elegir? (¿ofrezco alternativas y busco que la o el adolescente sea partícipe de las decisiones, no ignoro su punto de vista?)

4.4. Competencias claves para prestadores de salud: manejo de grupos

Además de transmitir conocimientos, la educación debe crear habilidades y capacidades que permitan tomar decisiones asertivas en la vida, y para el caso que nos ocupa, decisiones en salud.

La OMS define educación para la salud sexual como “una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promueven la salud”. También menciona que la educación para la salud sexual debe dirigirse en dos direcciones. Por un lado, se deben “proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud. Por otro, la educación para la salud sexual contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud”.

No se trata de persuadir sino de facilitar los medios para que las personas tomen decisiones conscientes y autónomas. Los factores relacionados con los comportamientos humanos son de dos tipos: a) factores del entorno y b) factores personales. Estos factores pueden ser del área cognitiva (conocimientos, habilidades de análisis y valoración de situaciones); del área emocional (creencias, valores, actitudes, autoestima, locus de control), y del área de las habilidades (psicomotoras, como el ejercicio o la relajación; personales, como el afrontamiento de problemas o el manejo del tiempo; y sociales, como la escucha, la comunicación, el manejo de conflictos y la negociación).

	Entorno proximal		Entorno social
Factores ambientales	Grupos sociales primarios Apoyo social		Condiciones de vida Recursos y servicios Valores y modelos culturales
	Área cognitiva	Área emocional	Área de habilidades
Factores personales	Conocimientos Capacidades cognitivas	Creencias Actitudes Valores Sentimientos	Personales Sociales Psicomotoras

Para lograr aprendizajes significativos, será necesario desarrollar procesos eficaces, los cuales permitan a las y los adolescentes expresarse y entender su realidad. Lo anterior con el fin de reorganizar conocimientos, analizar la situación general y algunos temas específicos, reflexionar sobre aspectos del área emocional, decidir y desarrollar las habilidades necesarias para llevar a la práctica su decisión. En este sentido, Riquelme cita a Prochaska y Diclemente, quienes plantean un modelo del proceso de cambio, el cual dividen en cinco etapas.

Este modelo tiene en cuenta cómo es el comportamiento de la persona, si quiere cambiar o no, si hace este cambio o no y si lo mantiene a lo largo del tiempo.

1. Precontemplación: no hay ninguna intención de cambio en un futuro próximo; la persona no está contemplando un cambio. No es que no se vea la solución, es que no se ve el problema.
2. Contemplación: se tiene consciencia de que existe un problema y se piensa en superarlo, pero aún no se ha decidido pasar a la acción.
3. Preparación: hay intención de cambiar y se toma la decisión de hacerlo, se realizan acciones preparativas para el cambio o se empiezan a introducir pequeños cambios.
4. Acción: se modifica a sí mismo o misma, se modifica el comportamiento y el entorno con el fin de superar el problema.
5. Mantenimiento: persisten y se consolidan los resultados obtenidos, reforzando y continuando con la acción.



En el enlace podrás descargar la *Guía Forma Joven*, con talleres grupales sobre sexualidad.

6. Es importante entender que en este tipo de trabajo educativo son más útiles los enfoques de pedagogía activa e interactiva. Para ello es necesario contar con la participación activa de la persona que aprende.

M. Riquelme Pérez. (2012). Metodología de educación para la salud. 3 de septiembre de 2015, de SciELO
Sitio web: <http://tinyurl.com/op8otgj>

4.4.1 Técnicas educativas individuales y grupales y recursos didácticos de pedagogía activa

Aprender y cambiar es complicado; cada persona lo hace a un ritmo propio; a veces de manera rápida, a veces a mediano o largo plazo. Para lograr aprendizajes significativos se requiere el uso de técnicas pedagógicas activas, eligiéndolas de acuerdo con los objetivos planeados y estilos de aprendizaje de los educandos.

El Instituto Nacional de Salud Pública de Navarra ofrece las siguientes clasificaciones de métodos o técnicas educativas dirigidas al aprendizaje de los contenidos, ya sea en formato individual o grupal.

- **Técnicas de acogida y negociación:** constituyen el inicio de la relación y el proceso educativo. Facilitan el encuentro entre la o el profesional y las o los participantes en la configuración como grupo o individualmente. Favorecen la motivación y la implicación de los participantes en su propio proceso educativo. Se utilizan: acogida, presentación y contrato educativo.
- **Técnicas de investigación en aula:** hacen más sencillo para las personas identificar su situación y entender cómo la viven. Son útiles para expresar, reflexionar y organizar sentimientos, conocimientos y experiencias. Entre las técnicas utilizadas tenemos: tormenta de ideas, fotopalabra, cuestionarios, frases incompletas.
- **Técnicas expositivas:** promueven profundizar los conocimientos funcionales del grupo para la transmisión, reorganización de conocimientos e información. Se utilizan, entre otras: exposición teórica con discusión, lección participada, repetición, lectura con discusión y video con discusión.
- **Técnicas de análisis:** ayudan al grupo a pensar y facilitan que cada cual encuentre sus propias soluciones: analizar situación y causas, actitudes y sentimientos. Se utilizan con mayor frecuencia: análisis de textos, análisis de problemas y alternativas de solución y discusiones de distintos tipos (en grupo pequeño o grande, abiertas o estructuradas).
- **Técnicas para el desarrollo de habilidades:** entrenan habilidades concretas (psicomotoras, personales y sociales) y desarrollan la capacidad para actuar, comportarse en situaciones reales e introducir los cambios que haya decidido. En este grupo se utilizan escenificaciones, análisis de las situaciones y juegos.
- **Otras técnicas:** investigaciones realizadas fuera del aula, distintos tipos de trabajos en grupo, ejercicios, tareas para casa.

Hay que tener en mente que este tipo de trabajo se debe preparar y planear si queremos buenos resultados; hay que tener objetivos generales y específicos para cada consejería, individual y particular; es recomendable saber qué se va a transmitir y poner énfasis en definir la metodología: edad de las o los adolescentes, número y duración de sesiones, periodicidad, lugar, número de participantes. Como en todo proyecto, la evaluación permite obtener información acerca de cómo se llevó a cabo el proceso de enseñanza; para ello es importante determinar: quién, qué, cómo, cuándo se evalúa.

4.5. Reflexionar sobre mis valores, creencias y prejuicios

María Luisa Becerril

El miedo a sentirse juzgado es una razón para no acudir al SSR por parte de las y los adolescentes.

Para que la consejería sea un espacio seguro, donde las y los adolescentes puedan hablar y compartir sin miedo sus inquietudes y logren tomar decisiones responsables e informadas sobre su salud, existen ciertas cualidades y actitudes que debemos desarrollar y estimular en nosotras y nosotros como prestadoras y prestadores de servicios de salud, ligadas al respeto de las diferencias, la apertura ante la realidad de las y los adolescentes y la escucha atenta. Este tipo de atención amigable y accesible en salud sexual y reproductiva es un factor de protección para la población adolescente, por lo cual, la labor de la prestadora o prestador de servicios contribuye a mejorar la calidad de vida de la población del país.

Dos conceptos centrales para lograr la reflexión sobre los propios valores, creencias y prejuicios son la empatía y función reflexiva.^{6,7}

¿Qué es la empatía y por qué es importante para dar una buena atención?

Empatía es “ponernos en los zapatos del otro o de la otra”, abrirnos y escuchar desde el corazón sin juzgar, evitando dar consejos, comprender la situación que nos comenten, cualquiera que esta sea, y poder reflexionar junto con la o el adolescente una solución que permita prevenir riesgo y tomar responsabilidad sobre su vida y su salud, propiciando así una conducta de autocuidado.

La empatía es un recurso que nos ayuda a comprender las circunstancias de vida, las problemáticas y dificultades que enfrentan las personas adolescentes en su vida sexual y salud reproductiva. Nos ayuda a ampliar nuestra sensibilidad por las otras personas.

Para ser empáticos y ponernos en los zapatos del otro, sirve el recordar cómo fue mi propia experiencia como adolescente, mi relación con las personas adultas, mis propias experiencias sexuales, el inicio de mi vida reproductiva, si sentía que se respetaban mis derechos, en fin, recordar mi propia historia de vida.

Para que un o una adolescente frecuente los servicios de salud, se deben evitar prejuicios regaños y conductas paternalistas, lo que ayudará a generar confianza, comprensión y cierta complicidad para que puedan expresar sus dudas y necesidades reales.

No se trata de compartir las acciones o pensamientos de la otra persona, sino de escuchar atentamente, hablar con el mismo lenguaje; para esto podemos mostrar gestos parecidos, o anticipar cómo se sintió en determinada situación y comprender lo que la otra persona está diciendo, mostrando interés por lo que nos comenta.

¿Qué es la función reflexiva y por qué es importante para dar una buena atención?

“Función reflexiva”, de acuerdo con Peter Fonagy, consiste en la capacidad de comprender los estados mentales de uno mismo y de los otros, incluyendo la habilidad de proveer una interpretación plausible a la conducta propia y de los otros con base en estados mentales subyacentes.

Es también la capacidad de poder inferir los deseos, planes y metas de los otros que nos rodean, como seres con pensamientos y necesidades independientes de las propias necesidades y pensamientos. Fonagy considera que la función reflexiva es una habilidad evolutiva: “los seres humanos tratan de entenderse unos a otros en términos de estados mentales: pensamientos, sentimientos, creencias y deseos, con la finalidad de otorgar sentido y, aún de mayor importancia, de anticipar las acciones de los /las demás”.

Este proceso no es únicamente cognitivo, dado que su desarrollo comienza con el “hilar” de los afectos en los primeros vínculos del ser humano y se sigue construyendo con el transcurrir de la experiencia. Tiene una doble capacidad: la reflexión sobre los estados propios y la que se vuelca para reflexionar sobre los estados del vínculo con los otros seres humanos. Tiene, por tanto, un componente autorreflexivo como intersubjetivo, permite distinguir la realidad interna de la externa.

- En la medida que los adultos comprenden sus propios estados emocionales, serán más capaces de regular las propias reacciones y las relaciones con las y los adolescentes.
- Podrán promover un diálogo reflexivo con adolescentes y con el grupo vincular.
- Sus comunicaciones no contendrán distorsiones severas.



Recomendamos la película *Doce hombres en pugna* (1957), de Sidney Lumet, la cual habla sobre los prejuicios a los que debe enfrentarse un jurado que decide sobre la libertad de un hombre.

4.5.1 ¿Cuáles son mis valores y prejuicios y cómo puedo manejarlos para hacer bien mi trabajo?

Algunos de los valores universales son el respeto, la libertad, la bondad, la justicia, la igualdad, el amor, la responsabilidad, la honradez, la solidaridad, la verdad, la amistad, el honor y la paz. Todas las personas jerarquizan consciente o inconscientemente estos valores y a partir de ello actúan, lo sepan o no.

El autoconocimiento consiste en identificar los recursos personales que le permiten a una persona tener claridad sobre el proyecto vital que quiere emprender, y desarrollar las competencias que necesita para lograrlo. Conocerse es el soporte y el motor de la identidad, y de la capacidad de comportarse con autonomía. El autoconocimiento es el proceso reflexivo por el cual la persona adquiere noción de su yo y de sus propias cualidades y características. Puede ser desagregado en diversas fases, como: autopercepción, autoobservación, autovaloración, memoria autobiográfica, autoaceptación y autorrealización.

Es importante que el personal de salud identifique su propio sentir con respecto a cómo se percibe a sí mismo, así como cuál es su postura frente al pensamiento diferente de otras personas.

Ya en el servicio de SSR, por ejemplo, hablando de responsabilidad, si yo creo firmemente que tener relaciones sexuales en la adolescencia es una actitud irresponsable, y que las y los adolescentes deberían postergar el inicio de su vida sexual hasta que se casen, difícilmente podré comprender y orientar a las y los adolescentes de entre 12 y 18 años de edad que vengan a mi consulta a solicitar orientación sobre métodos anticonceptivos seguros, ya que piensan iniciar su vida sexual sin casarse. Probablemente, enjuiciaré su conducta como irresponsable y trataré de manipular su decisión. Un personal de salud reflexivo, con actitud neutral y basado en las normas de salud será capaz de ver lo responsables y cuidadosos que son las y los jóvenes al pedir información a tiempo; por lo tanto, ofrecerá información completa para que ella y él decidan qué usar y cómo cuidarse de un embarazo y de infecciones de transmisión sexual.

Cuando se brinda un servicio, sobre todo de consejería, es indispensable que las diferencias entre la forma de pensar y la persona que se atiende no sean un problema. Para esto es necesario que exista claridad en todas las ideas, pensamientos o creencias que poseemos y que puedan basarse en prejuicios sociales.

La labor de consejería debe partir de la empatía y no del prejuicio. Siempre que juzguemos en un espacio de consejería estamos yendo en contra de la seguridad, la calidez y la confianza.

4.5.2 ¿Qué normas y estándares de atención implican relación con mis creencias y valores?

La tarea del personal de salud como educador es muy importante, ya que esta actividad tiene como prioridad la prevención de riesgos y daños asociados con el ejercicio de la sexualidad. Una herramienta para educación en la salud es la consejería. Aquí solamente pondremos algunos ejemplos de cómo las creencias y los valores influyen para no dar un servicio de calidad basado en derechos humanos.

En el ejemplo del apartado 4.5.1. (inicio de vida sexual sin casarse), si “regaño y no doy la información, amenazándolos con decir a su mamá o papá”, estaría desconociendo y violando los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, el derecho a la salud, el derecho a ejercer su sexualidad con responsabilidad, el derecho a la información y al acceso a métodos anticonceptivos modernos, derecho a una atención integral y de calidad y el derecho a decidir si tener o no hijas/os y el espaciamiento entre ellas o ellos.

Otro ejemplo sería la norma de planificación familiar que indica que la anticoncepción de emergencia es un método que pueden utilizar las mujeres en los tres días siguientes a una relación sexual no protegida, con el fin de evitar un embarazo no planeado (ver 3.3.2 para saber los casos en los que se recomienda el uso de la anticoncepción de emergencia).

Si mis creencias son que la anticoncepción de emergencia es abortiva, y que el aborto es un crimen; entonces me será difícil recomendar y explicar su uso a una pareja de adolescentes que solicitan anticoncepción de emergencia porque el condón se les rompió; o a una adolescente que ha sido violada y llega a tiempo a los servicios de salud. En estos casos, si me niego a dar la información por mis creencias, estaría violando la norma anterior pero también los derechos de las y los adolescentes a atención de calidad, derecho a información en salud reproductiva y, por lo tanto, poniendo en riesgo la vida de las adolescentes que podrían recurrir a un aborto clandestino e inseguro.

* Todas las cifras que aparecen al margen de las páginas son de: R. Rojas *et al.* 2012. Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios_opiniones/InformeFinal_INSP.pdf

¹ Adaptado de OMS. (2011). Evaluación de calidad: una guía para la evaluación de los servicios de salud amigables para los adolescentes. 29 de agosto de 2015, de OMS Sitio web: <http://tinyurl.com/qjkju5q>

² Judith Senderowitz (1999). Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. Focus on young adults: EUA.

³ PPFC. Sexual and Reproductive Health Counselling Guidelines. Planned Parenthood Federation of Canada/Canadian HIV/AIDS Information Centre. ISBN 0-9688118-3-3.

⁴ Confidencialidad y secreto profesional. M^a Teresa Delgado Marroquín. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, Zaragoza. Curso On line de Ética Clínica en Atención Primaria. Disponible en: https://www.justucuman.gov.ar/oficina_mujer/versionClasica/archivos/otros/taller_confidencialidad_post_aborto/Confidencialidad.pdf

⁵ M. Riquelme Pérez. (2012). Metodología de educación para la salud. 3 de septiembre de 2015, de SciELO Sitio web: <http://tinyurl.com/op8otgj>

⁶ Martín, L. & Muñoz, M. Primeros auxilios psicológicos. España. Síntesis. (2009).

⁷ Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. New York: Other Press.