



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Normativa 074

Módulo III

**Manual de Consejería para Adolescentes
dirigido al Personal de Salud**

**Consejería en Temas
específicos para Adolescentes**

Managua, Junio 2012



MANUAL DE CONSEJERÍA PARA ADOLESCENTES DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD

Módulo III
Consejería en Temas específicos para Adolescentes



FICHA CATALOGRAFICA

N Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
WS Ministerio de Salud/ **Manual de Consejería para Adolescentes**
39 dirigido al Personal de Salud: módulo III: consejería en temas
0548 **específicos para adolescentes.** MINSA. Managua, Ago. 2011
2011

43p. ilus

(Normativa No.074; Acuerdo Ministerial No.440-2011).

- 1.- Toma de Decisiones
- 2.- Orientación sexual
- 3.- Embarazo en Adolescencia
- 4.- Promoción de la Salud
- 5.- Anticoncepción
- 6.- Trastornos Nutricionales
- 7.- Salud Mental
- 8.- Enfermedades de Transmisión Sexual
- 9.- Desarrollo del Adolescente
10. Prevención del Cáncer cuello uterino
- 11.- VIH Y SIDA (Desc. Local)
- 11.-Desarrollo Físico del y la Adolescente (Desc. Local)
- 12.-Enfermedades del Testículo y del Escroto (Desc. Local)

Ficha Bibliográfica Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

© **Ministerio de Salud - agosto 2011**

CRÉDITOS

El Material “Manual de Consejería para Adolescentes” dirigido a personal de Salud, esta integrado por tres módulos; Módulo I sobre la consejería para adolescentes, Módulo II Pautas prácticas para la consejería con adolescentes, Módulo III: consejería en tema específico. Este material es el resultado de la unificación de Manual de Consejería del UNFPA y el Manual de consejería elaborado por la UNICEF.

Los diferentes módulos fueron analizados y validados por personal de Salud de los diferentes SILAIS y de MINSA Central que trabajan para el desarrollo integral de los y las adolescentes con el apoyo técnico y financiero de UNICEF.

A todas y todos, nuestro agradecimiento por la diversidad de saberes que aportan lo que facilitó la reflexión, el debate, el dialogo y el compromiso de los grupos en la toma de decisiones frente a la vida cotidiana, tanto en el ámbito familiar y comunitario, lo que constituye una constante búsqueda de estrategias que aseguren el mejoramiento de la calidad de vida de la niñez y los y las adolescentes de nuestro país.

Ministra de Salud
Vice Ministro
Secretario General

Dra. Sonia Castro
Dr. Elías Guevara
Dr. Enrique Beteta

Asistencia Técnica

José Ramón Espinoza
María Delia Espinoza
Migdalia Molina Santeliz
Ximena Gutiérrez
Ivy Lorena Talavera R.
Reynaldo Aguilar T.

UNICEF
UNICEF
UNICEF
UNICEF
OPS / OMS
OMS

Comisión Nacional de Normas, guías y protocolos del sector Salud

Lic. María del Rosario Sandino Montes
Dra. Katya Jaens Orozco
Dra. Senobia Sequeira Sevilla
Dra. Luisa Amanda Campos
Dr. Guillermo Gosebruch
Dr. Waldo Fonseca
Lic. Marisol Gutiérrez
Lic. Hermógenes Bonilla

Directora DGRS
Responsable DIM
Técnico DIM
Delegada DGVPS
Delegado DGECA
Delegado DGGDI
Delegado DGPD
Delegado Asesoría Legal.

Participantes en la Validación del documento
Nombres **ubicación / Departamento**

Alexander Toruño, Resp. Adolescentes	SILAIS Madriz
Esmeralda González Espinoza, Docente	SILAIS Madriz
Jasmina Pérez Olivas, Resp. Adolescentes	SILAIS Estelí
Karen Patricia Olivas Salgado, Responsable de Clínica	SILAIS León
Marcia Espinoza Baldizón, Resp. Enfermería	SILAIS León
María Esther Estrada, Resp. Componentes Adolescentes	SILAIS Chinandega
Gustavo Marcías, Director Clínica Roberto Clemente	SILAIS Managua
Sidney Potot, Centro de Adolescentes	Managua
María Lourdes Cuadra	Managua
Alma Iris Zepeda	SILAIS Rivas
Marjorie Arguello	SILAIS Rivas
Rosa Reyes	SILAIS Granada
Anielka Corea Lezama	SILAIS Granada
Carmen Guerrero Sala	SILAIS Granada
Gustamara Porras	SILAIS Masaya
Ligia María Reyes Díaz, Docente	SILAIS Boaco
Belice Madrigal	SILAIS Chontales
Nelson Estrada Esteban, Docente	SILAIS Chontales
Fabiola Palma Cruz, Resp. Adolescentes	SILAIS Matagalpa
Blanca Herrera, Resp. Adolescentes	SILAIS Jinotega
Miriam García, Hoppintong Resp. Adolescentes	SILAIS RAAN
José Luis Alarcon	SILAIS RAAN
Ceferino Godfrey A.	SILAIS RAAN
Jael Bryant Perry, Lic. Enfermería	SILAIS RAAS
Miriam Clearence	SILAIS RAAS
Víctor Hugo Gómez	SILAIS Río San Juan
Clarisa Balladares, Resp. Docencia	SILAIS Río San Juan
YAdira Pérez, DGECA	MINSAs Central
Marcos Olivares, DGECA	MINSAs Central
Maria Auxiliadora Gadea, DGECA	MINSAs Central
Guillermo Gosebruch, DGECA	MINSAs Central
Marina Medina, DGECA	MINSAs Central
Pastora Villavicencio, DGECA	MINSAs Central
Flor de María Fernández	MINSAs Central
Katya Jaen Ortíz, Dirección General de Regulación Sanitaria	MINSAs Central
Brtha Mercado, Dirección General Docencia e Investigación	MINSAs Central
Roberto Jiménez, DGECA	MINSAs Central
Roberto Martínez Cabrera, Coordinador Nacional Adolescentes	DGECA MINSAs



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



ACUERDO MINISTERIAL
No. 440 - 2011

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 102 del tres de junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su Arto. 59, partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".



Seguimos Cambiando Nicaragua!
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios",
Tel: PBX (505) 22894700. Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



Acuerdo Ministerial No.440-2011

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 2, Órgano Competente, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 4, Rectoría, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "Artículo 19.- Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que con fecha 20 de Septiembre del 2011, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara el documento denominado "Manual de Consejería para Adolescentes Dirigido al Personal de Salud": "Módulo I: Sobre la Consejería para Adolescentes"; "Módulo II: Pautas Prácticas para La Consejería con Adolescentes"; y "Módulo III: Consejería en Temáticas Específicas"; cuyo objetivo fortalecer las competencias y conocimientos técnicos del personal de salud que trabaja en la atención directa de las y los adolescentes a fin de abordar de forma adecuada e integral la consejería para este grupo especial.

P

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA

PRIMERO: Se aprueban el documento denominado "Manual de Consejería para Adolescentes dirigido al Personal de Salud: Módulo I: Sobre la Consejería para Adolescentes; Módulo II: Pautas Prácticas para la Consejería con Adolescentes; y Módulo III: Consejería en Temáticas Específicas"; los cuales forman parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.



Seguimos Cambiando Nicaragua!
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios",
Tel: PBX (505) 22894700. Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



Acuerdo Ministerial No.440-2011

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y los referidos documentos a los Directores de SILAIS y Directores de establecimientos de Salud Públicos y Privados, que brindan atención directa de las y los adolescentes a fin de abordar de forma adecuada e integral a este grupo especial.

TERCERO: Se designa a la Dirección General de Extensión de la Calidad de la Atención, para la implementación y monitoreo de la aplicación y cumplimiento de los "Manual de Consejería para Adolescentes Dirigido al Personal de Salud", integrado por los Módulos enumerados en el Acuerdo Primero, estableciendo las coordinaciones necesarias con los SILAIS, como autoridades de aplicación en las distintas circunscripciones territoriales del país.

CUARTO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los veintiún días del mes de Septiembre del año dos mil once.


SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD



Seguimos Cambiando Nicaragua!
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios",
Tel: PBX (505)22894700. Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni

Simbología



Tema.



Objetivos.



Contenido.



Ejercicios de autorreflexión.



Duración



Ideas a reafirmar.



Materiales.



Procedimiento.



Casos o Situaciones.

CONTENIDO	Página
Generalidades de la Consejería en temas específicos	19
Toma de decisiones y proyecto de vida	30
Ejercicios de Autorreflexión-Orientaciones	37
Ejercicio No.1: construyendo mi Proyecto de vida como Consejero/a	38
Ejercicio No.2: mi visión como Consejero/a	39
Ejercicio No.3: mi misión como Consejero/a	39
Ejercicio No.4: identificando mis metas como Consejero/a	40
Desarrollo del y la adolescente	41
Adolescentes varones	47
Salud mental	51
Trastornos nutricionales	55
Ejercicios de Autorreflexión-Orientaciones	58
Ejercicio No.1: algunos problemas en mi desarrollo...cuando fui adolescente	59
Alteraciones de la piel	61
Sexualidad	63
Ejercicios de Autorreflexión-Orientaciones	74
Ejercicio No.1: sexualidad un tema para analizar	75
Ejercicio No. 2: tomando decisiones sobre sexualidad	77

Ejercicio No.3: mi hoja confidencial	79
Orientación Sexual	81
Ejercicio de Autorreflexión-Orientaciones	85
Ejercicio No. 1: diversidad un tema para analizar	86
Ejercicio No. 2: imágenes, palabras, sentimientos	88
Prevención del cáncer de cuello uterino	89
Anticoncepción	90
Ejercicios de Autorreflexión-Orientaciones	103
Ejercicio No.1: yo que diría	104
Ejercicio No. 2: qué decidiría en su lugar	105
Embarazo en la adolescencia	107
Infecciones de Transmisión Sexual	114
VIH	116
Abuso Sexual	122

Generalidades de la Consejería en temas específicos

La adolescencia es una etapa del ciclo de vida. Aunque en ella generalmente ocurre la pubertad, con sus aspectos únicos de crecimiento y maduración tanto biológica como fisiológica, estos se conjugan con desarrollos psicológicos y sociales que trascienden a los hechos biológicos. Así, la adolescencia no puede ni debe considerarse como un hecho biológico. Durante este proceso, el adolescente apropia y recrea las características y atributos de su historia de vida, de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita, a la vez que también es transformado por éste.

Durante este transcurso, cada persona fortalece actitudes y valores que orientan su comprensión del entorno, relaciones interpersonales y decisiones, siendo la sexualidad un componente importante de lo que somos como individuos. Cada etapa del desarrollo implica cambios específicos; no obstante, cada persona es diferente y podría alcanzar estas etapas antes o después que sus pares. Esto puede transformarse en un motivo importante de preocupación para el/la adolescente o sus padres. Los servicios deben estar preparados para resolver este tipo de consultas.

Ante esta etapa compleja de la vida, consejeros/as y adolescentes se presentan ante ciertos obstáculos, limitantes o temores durante la consejería, que deben ser identificados para superarlos.

Desde los/as consejeros	Desde los y las adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> ● Pertenecer a un sexo diferente al de la/el adolescente. ● Valoraciones negativas sobre la sexualidad en adolescentes. ● Difícil manejo de los padres y las madres durante la Consejería. ● Inexperiencia. ● Dificultad en la comunicación con adolescentes. ● Lugar inapropiado. ● Falta de material o material inadecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Miedo a lo desconocido, falta de confianza. ● Situaciones de abuso previo. ● Miedo a ser “regañado” o “juzgado”. ● Experiencias de daño previo. ● Percepción sexual, pudor. ● Miedo a que se descubra que ha iniciado relaciones sexuales, si ya las inició. ● Temor a la falta de confidencialidad y privacidad.

a) Preparándome para la consejería con adolescentes

La consejería puede realizarla cualquier trabajador de salud que haya sido capacitado: enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social o médico/a. Las y los profesionales de la salud deben ser previamente capacitados para cumplir esta función y deben ser acompañados en talleres de perfeccionamiento, donde tienen la posibilidad de analizar críticamente su práctica y buscar formas de mejorarla.

<p>Duración</p>	<p>Cada sesión de consejería requiere un tiempo de aproximadamente 30 minutos y debe asegurarse a él/la adolescente que se respetarán las reglas de confidencialidad. Por lo general, los y las adolescentes acuden a consejerías una única vez, lo ideal es concebirla como un proceso durante la atención, de acuerdo al Modelo de Salud, Familiar y Comunitario (integralmente).</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Sensibilizar a los y las adolescentes para la adquisición de capacidades para la vida tales como discernimiento, empoderamiento para la toma de decisiones libres y responsables, capacidad de negociación, capacidad de interacción social, cómo hacer frente a la presión de los pares y la construcción de su identidad.</p>
<p>Durante la sesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Crear un ambiente cómodo de acercamiento y calidez para los y las adolescentes, evitando que exista un escritorio sillas de por medio. ● Si acudió a la consejería acompañado por su padre/madre, es necesario aclararles que se requiere también conversar a solas con el/la adolescente. ● Iniciar la consejería con el/la adolescente explicando y acordando las reglas de confidencialidad, los 30 minutos de duración y lo objetivos, para que él o ella se sienta en confianza para hablar sobre sí mismo. ● Para conocerlo/a más, preguntar sobre hábitos de vida de él o ella adolescente, la relación que mantiene con su familia y con sus pares -incluida la escuela- y la etapa de desarrollo que está viviendo. ● Facilitar que el/la adolescente gane confianza antes de conversar sobre áreas más personales como la sexualidad y/o consumo de sustancias. ● Favorecer, por medio de preguntas, que reconozca aprendizajes previos, valores, creencias y experiencias en la toma de decisiones en situaciones semejantes. ● Escuchar y observar con atención los comportamientos no verbales. ● Conocer el idioma de los y las adolescentes. ● Respetar los valores y actitudes de cada cultura. ● Brindar información clara y acorde con la situación particular, que permita descubrir nuevas alternativas, evaluar sus aspectos positivos y negativos. ● Propiciar la formulación de nuevas preguntas. ● Favorecer el reconocimiento de las capacidades de el /la adolescente para la toma de decisiones, promoviendo la autonomía.

<p>Registro de información</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los registros de actividades de consejería son indispensables para el análisis y toma de decisiones, así como para determinar si se están cumpliendo o no las normas para brindar una atención con calidad y calidez. • La Consejería debe ser registrada en los formatos que sean aprobados por el Ministerio de Salud para este fin.
<p>Material de apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se considera material de apoyo cualquier medio que él o la consejero/a utilice durante la consejería, para facilitar el entendimiento de los y las adolescentes (rota folios, trípticos, plegables, videos cuando la consejería sea en grupos entre otros). Los materiales deben ser apropiados a las características culturales, en lenguaje sencillo, de acuerdo a las necesidades de este grupo.
<p>Consejería y el Modelo de Salud, Familia y Comunidad (MOSAFC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La orientación/consejería para adolescentes no sustituye la consulta médica y debe ser utilizada también para motivarlas/os a solicitar una consulta. • Los y las adolescentes pueden solicitar la consejería cuando lo crean conveniente, sin necesidad de hacer previamente una consulta médica o psicológica. • Puede ser también una referencia de una de las personas del equipo de salud desde cualquier sector. • La orientación/consejería promueve un aprendizaje emocional mediante la escucha atenta, el diálogo cálido y abierto a la expresión afectiva, el respeto al derecho de las y los adolescentes a tomar sus propias decisiones. • Se diferencia claramente de un consejo y del acompañamiento psicoterapéutico. (consejo es cuando el profesional decide lo que es mejor para la o el adolescente, le aconseja y le dice lo que debe hacer. • Puede organizarse una consejería no solo en los servicios de salud, sino también en otros entornos comunitarios donde participan los y las adolescentes, tales como escuelas, clubes, organizaciones juveniles y comunidades religiosas, entre otros.

b) Consejería y temas más frecuentes

Temas específicos	Aspectos a enfocarse en la consejería	Información que se debe brindar
<p>Consejería sobre Alimentación y nutrición</p>	<p>Los estereotipos de género que influyen en la imagen corporal y modos de ser más atractivo y saludable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Beneficios de la alimentación sana y formas de lograr y mantener un peso saludable. ● Necesidad de aumentar el consumo de fibras y disminuir el de grasas. ● Riesgos asociados a la obesidad, disminución brusca de peso y beneficios de la disminución de peso controlado en obesos. ● Riesgo de controlar el peso mediante vómitos, laxantes o dietas estrictas. ● Factores de riesgo de la anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación (ingestión frecuente de comida chatarra). ● Beneficio de los alimentos ricos en hierro.
<p>Consejería sobre practica física</p>	<p>El objetivo de cualquier práctica deportiva, en la mayoría de los casos, sea la recreación. Si el físico del adolescente está adecuado para las exigencias del deporte que practica (deportes de contacto o en los que la fuerza o la corpulencia pudieran generar situaciones de competencia desigual o de riesgo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se desaconseja la alta competencia deportiva (profesional) hasta la edad de 16 años. ● Riesgos de la práctica de pesas antes de haberse completado la pubertad. ● Necesidad de no exceder un máximo de 15 horas semanales de práctica deportiva para evitar trastornos de crecimiento en pre-adolescentes. ● Necesidad de uso de elementos protectores según el tipo de deporte: el casco en ciclismo, patines, patinetas, protectores bucales en deportes de contacto, etc. ● Riesgo del uso de anabólicos y otras drogas para la práctica deportiva. ● Estereotipos de género que implican exposición a riesgos en los varones.

Temas específicos	Aspectos a enfocarse en la consejería	Información que se debe brindar
<p>Consejería sobre prevención de lesiones por causas externas</p>	<p>Las lesiones por motivos externos son las principales causas de muerte de los y las adolescentes. La mayoría son prevenibles.</p> <p>La promoción sobre la responsabilidad social en el respeto de normas saludables de convivencia en los ambientes escolares, familiares o de pares.</p> <p>El fortalecimiento de la construcción de una identidad autónoma y conciencia crítica frente a los aspectos de género y a la presión de pares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Relación entre el uso de cinturón de seguridad y gravedad de lesiones por accidentes de tránsito. ● El uso correcto de cinturones de seguridad en asientos delanteros reduce el riesgo de lesiones entre 45% y 55%, y la mortalidad, entre 40% a 50%. ● El uso de casco en motos, motocicletas y bicicletas reduce 75% las lesiones y 30% la mortalidad. ● Aumento del riesgo de lesiones por causas externas, ya sea por lesiones de tránsito o práctica deportiva, relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas. ● Las lesiones por causas externas también se asocian a trastornos de la visión y la audición. Evitar escuchar música a volúmenes altos, uso de walkman, auriculares o teléfonos celulares al conducir vehículos. ● Formas de negociación de conflictos. ● Estereotipos de género que impulsan a los varones a asumir riesgos excesivos. ● Actitudes y prácticas derivadas de la presión de pares.

Temas específicos	Aspectos a enfocarse en la consejería	Información que se debe brindar
<p>Consejería sobre consumo de alcohol, tabaco y drogas</p>	<p>La adicción que genera el tabaco, el alcohol y las drogas.</p> <p>El análisis de las dificultades que tienen los allegados a el/la adolescente para abandonar el consumo. La propuesta preventiva se basa en “mejor no empezar”.</p> <p>La identificación de episodios de lesiones externas vinculados con adicciones en los allegados o conocidos. Asociar el consumo del tabaco con aspectos valorados por los y las adolescentes como apariencia física (olor desagradable y mal aspecto), manipulación que logra la publicidad al promover mensajes falsos de atracción física y capacidad para los deportes, reducción de la capacidad deportiva y alto costo.</p> <p>El fortalecimiento de la construcción de una identidad autónoma y conciencia crítica frente a la presión de los pares y la publicidad.</p> <p>Apoyar la autoestima de los y las adolescentes a partir de pequeños logros personales y sociales, fáciles de reconocer por si mismos y por su entorno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● La capacidad adictiva del alcohol y las diferentes drogas. ● Más del 75% de los fumadores adultos querrían dejar de fumar y menos del 60% lo ha intentado en algún momento de su vida. De ellos, alrededor del 20% lo consigue en el primer intento y 50% lo logra después de seis intentos. ● Los riesgos del consumo de tabaco: enfermedades cardiovasculares, pulmonares y neoplasias. ● Aspectos positivos de no fumar: ● Es más difícil dejar de fumar si se empieza en la adolescencia. ● Como evitar el consumo pasivo de tabaco. ● Los riesgos del consumo de alcohol y enfermedades asociadas. ● Relación entre consumo de alcohol y drogas y riesgos de lesiones por causas externas y relaciones sexuales sin protección. ● Diferencias entre el uso experimental y la adicción. ● Aspectos positivos de no consumir bebidas alcohólicas. ● Cómo ayudar a un amigo/a que consume tabaco, alcohol y drogas. ● Lugares de atención, teléfonos de autoayuda.

Temas específicos	Aspectos a enfocarse en la consejería	Información que se debe brindar
<p>Consejería sobre sexualidad y afectividad</p>	<p>El tema de la construcción de la sexualidad que determina patrones, estereotipos y tipos de “normalidad” (por lo que se requiere conocimiento y entrenamiento para abordar este aspecto).</p> <p>El tema de la construcción de una identidad diferente de la de sus padres (por lo que se requiere conocimiento y entrenamiento para abordar este aspecto).</p> <p>Las pautas culturales que implican diferencias en la construcción de papeles masculinos y femeninos, valores y experiencias (por ejemplo, que la sexualidad de los varones sea más indiscriminada y las mujeres busquen la confirmación de su fertilidad a través de un embarazo, aunque éste sea demasiado temprano).</p> <p>Situación de mujeres y hombres en la comunidad, en relación con los temas de violencia sexual.</p> <p>Formas de expresar la sexualidad, los derechos sexuales y proyecto de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Inquietudes sobre el amor, la pareja, formas de relacionarse, formas de diálogo y mecanismos para establecer una relación respetuosa e igualitaria. ● Cómo negociar las expresiones de afecto y sexualidad que se está dispuesto a aceptar y prodigar en una relación de noviazgo. ● Toma de decisiones sobre la iniciación sexual y habilidades para enfrentar las presiones sociales que reciben los y las adolescentes de sus parejas, de sus pares y de familiares. ● Decisión del inicio sexual y opciones anticonceptivas existentes. ● Diversidad de la respuesta sexual humana y goce sexual en hombres y mujeres adolescentes. ● Orientación homosexual en hombres y mujeres, maneras de establecer relaciones de respeto y aceptación. ● Formas de resolución de problemas con familiares y grupos de pares. ● Embarazo no deseado, habilidades para asumirlo con la pareja y la familia. ● Reelaboración de los proyectos de vida a partir del embarazo. ● Cómo enfrentar el abuso sexual y/o la violencia sexual en varones y mujeres adolescentes. ● Cómo enfrentar la violencia verbal o física decurrentes de la construcción de la sexualidad y de los patrones de género. ● Habilidades para manejar los celos y la violencia verbal y física entre novios, especialmente si hay relaciones sexuales. ● Problemas de la función sexual: falta de erección, eyaculación precoz, anorgasmia y dolor en las relaciones sexuales, entre otros

Temas específicos	Aspectos a enfocarse en la consejería	Información que se debe brindar
<p>Consejería sobre anticoncepción</p> <p>ESTÁ DESTINADA A TODOS/AS LOS Y LAS ADOLESCENTES QUE DECIDAN INICIAR LAS RELACIONES SEXUALES, O QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES Y NO USAN NINGÚN MÉTODO, O SI USAN ALGÚN MÉTODO PERO DESEAN CAMBIARLO.</p> <p>EL OBJETIVO ES AUXILIAR LA TOMA DE DECISIONES DE UN/A ADOLESCENTE SOBRE EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO MÁS APROPIADO PARA ÉL O ELLA Y SU PAREJA, VERIFICANDO LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD Y FACILITANDO EL PROCESO DE REFLEXIÓN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS Y LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES, DE SU VIDA Y DE SU PAREJA.</p>	<p>Los derechos sexuales y reproductivos y la elección libre e informada.</p> <p>El reconocimiento personal y de la pareja acerca de sus conductas sexuales, creencias y sentimientos.</p> <p>Los conceptos de género en relación con el poder para tomar decisiones sobre las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos.</p> <p>El conocimiento y uso de los diferentes métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia (AE).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Los derechos sexuales y reproductivos y la elección libre e informada. ● Las características de cada método anticonceptivo, incluyendo el uso correcto (demostración). ● Los criterios médicos de elegibilidad de la OMS para anticonceptivos (quien puede y quien no puede usar). ● La eficacia de cada método. ● Si el método protege contra ITS e infección por VIH/sida. ● La utilidad y forma de emplear doble protección (preservativo más otro método). ● Importancia de la regularidad y el uso sistemático de cada método. ● Problemas comunes del uso y sus soluciones. ● Anticoncepción de emergencia. ● Lugares y formas de acceder a los métodos. ● Formas de negociar con la pareja la necesidad de su uso. ● Efectos adversos, incluyendo los efectos en el retorno de la fertilidad. ● La necesidad de consultas médicas a fin de complementar la información, y del examen físico y ginecológico de la adolescente para el proceso de elección y para el seguimiento.

Temas específicos	Aspectos a enfocarse en la consejería	Información que se debe brindar
<p>Consejería para adolescentes con juegos eróticos</p>	<p>Evaluar que tipo de caricias que practica (Petting). Esto se refiere a la actividad sexual sin penetración.</p> <p>El reconocimiento personal y de la pareja (si la tiene) acerca de sus conductas sexuales, creencias y sentimientos.</p> <p>Los conceptos de género en relación con el poder para tomar decisiones sobre las relaciones sexuales.</p> <p>La importancia de conocer los anticonceptivos incluyendo la AE, y la doble protección en caso tome la decisión de tener una relación sexual con penetración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Si no ha iniciado actividad sexual y no tiene deseos de hacerlo, valorar y apoyar la decisión sobre la abstinencia y ofrecer información para lograr una mayor seguridad en él o ella mismo/a. ● Deben saber que no son los únicos, que hay muchos/as adolescentes que aún no han iniciado las relaciones sexuales y que su inicio debe ser libre de la presión de su entorno. ● Incursionar en la impresión que sobre la situación tienen los padres. Al mismo tiempo orientar a considerar lo que significa sexo sin riesgos, y cómo disminuir esos riesgos. ● Uso correcto de anticonceptivos, anticoncepción de emergencia (AE) y doble protección. ● Aunque ellos no deseen iniciar relaciones coitales, deben estar preparados para la eventualidad ● Lugares y formas de acceder a los métodos y consultas.

Temas específicos	Aspectos a enfocarse en la consejería	Información que se debe brindar
<p>Consejería sobre infecciones de transmisión sexual</p>	<p>Conocimientos previos como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es una infección de transmisión sexual? • ¿Cuáles conoce? • Formas de contagio • ¿Problemas que puede traer en las personas que las adquieren? <p>Dialogar sobre los estereotipos de género y creencias sobre los preservativos que hacen que hombres y mujeres se expongan al riesgo de contraer una ITS: diferencias de poder para tomar decisiones, por ejemplo, miedo al rechazo, miedo a la humillación, entre otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diferentes agentes de infecciones de transmisión sexual: hongos, tricomonas, clamidias, gonorrea, sífilis, VIH, hepatitis B y sus respectivos signos y síntomas. • Adquirir una de ellas no confiere inmunidad para sufrir una nueva infección por ese u otro agente. • La protección es fundamental. Solo se logra con preservativo masculino/ femenino o abstinencia sexual. • Demostración del uso correcto de los preservativos. • Formas de negociación con el otro sexo para el uso de métodos de protección. • Importancia que hable de este tema con la pareja o parejas. • Importancia del cambio de hábitos sexuales o de actitud de vida, si fuera necesario. En este caso, se requiere el trabajo interdisciplinario entre médicos/as, enfermeras/os, psicólogos/as y trabajadores sociales. • Promoción del autocuidado/cuidado mutuo de salud. • Promoción de la consulta temprana ante la aparición de los primeros síntomas: flujo, prurito, disuria, ardor, secreción peniana, etc. • Cómo tener acceso a los preservativos.

Temas específicos	Aspectos a enfocarse en la consejería	Información que se debe brindar
<p>Consejería para la prueba de VIH</p> <p>ES UN TIPO DE CONSEJERÍA DIFERENTE. LA PRIORIDAD ES LA REDUCIR LA ANGUSTIA ANTE EL POSIBLE RESULTADO POSITIVO.</p>	<p>El proceso de autorreflexión para la percepción de comportamientos de riesgo de manera que se genere la necesidad en el/la adolescente de conocer si adquirió el virus.</p> <p>Prevención, basados en la preocupación que genera un riesgo real de infección por VIH.</p> <p>Apoyar la toma de posición de el/ la adolescente frente a la posible infección por VIH.</p> <p>Factores de riesgo. Valorar el apoyo psicológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Diferencia entre infección por VIH y sida. ● Formas de adquirirlo. ● Deben plantearse tres posibles resultados de la prueba: negativo, positivo, o negativo solo por ahora, debido al mantenimiento de comportamientos de riesgo o al periodo ventana. ● Importancia de la detección temprana de la infección, lo que favorecería la disminución del virus en la sangre, mejorando la sobrevivencia. ● Vida sexual saludable; cambio de hábitos sexuales si fuese necesario. ● En el caso de adolescentes embarazadas, explicar la importancia del diagnóstico para disminuir la transmisión vertical.

Toma de Decisiones y Proyecto de Vida

La primera instancia que influye en la visión de las adolescentes acerca de su vocación, proyecto laboral y de la posición de la mujer en la actualidad sigue siendo la familia.

Los padres buscan que sus hijos “sean alguien”, independientemente de su sexo. Pero esta expectativa en muchas ocasiones no sucede, entre otros aspectos, por la poca comunicación de adolescentes con sus padres, la poca confianza o el poco tiempo que éstos le dedican.

Debido a que la familia representa un elemento vital en las decisiones de los y las adolescentes es necesario trabajar con los padres y madres para que apoyen a sus hijos/as en la construcción de un proyecto de vida, que les permita desarrollar sus habilidades y capacidades.

Para las y los adolescentes, la educación y el trabajo tienen un protagonismo central en su futuro, como una herramienta que les brinda independencia, así como satisfacción personal.

El adolescente se enfrenta en esta etapa a un conjunto de desafíos y tareas en su proceso de convertirse en adulto. Esto le exige optar en distintos ámbitos de la vida: valores, estudios, amistades, trabajar, pareja, etc. Las decisiones que tome en esta

etapa repercutirán indudablemente en su porvenir, sobre todo si cuentan con el apoyo de sus padres y madres.

Las y los adolescentes enfrentan una transición crucial en sus vidas. Dejan atrás un cuerpo de niño y un mundo formado adultos cercanos, dependientes. Tienen que asumir un cuerpo vigoroso, maduro y fértil. Ahora tendrán que responsabilizarse de su propia seguridad y de su salud. Tienen que adquirir la capacidad de elegir las relaciones, los valores y los proyectos que deciden defender, proponer e impulsar, en busca de un mundo nuevo, posible y deseado. Buscan lograr su autonomía personal, familiar y ciudadana, sin tener que perder a su familia, sin dejar de querer, pertenecer y ser queridos.

Durante la adolescencia, las personas se revisan críticamente a sí mismas y revisan críticamente al mundo que las rodea, en busca de ideas y principios propios, en busca de planes y proyectos que marquen un rumbo propio y den una nueva dimensión a su futura vida adulta y ciudadana.²

Los cambios que ocurren en la etapa adolescente son la manifestación de un cuerpo que madura y se vuelve fértil; de una inteligencia a punto de consolidar su autonomía; de capacidades afectivas que surgen y buscan expresarse en relaciones nuevas; de una inobjetable capacidad de participar en la sociedad: activa y productivamente.

Los movimientos y cambios que ocurren durante la adolescencia se pueden analizar desde varios tipos de influencia.

Influencia personal

Las adolescentes y los adolescentes descubren que su cuerpo cambia con rapidez. Aparece la primera menstruación en las niñas; su cuerpo crece rápidamente; los huesos de los brazos se alargan; las facciones de la cara se hacen más finas; se redondean las caderas; crecen los senos y aparece la cintura. Un buen día, los adolescentes se descubren en medio de una eyaculación nocturna; su voz se vuelve ronca; su cara se cubre con barbas o bigotes y, muchas veces, con espinillas; su talla no deja de aumentar y los músculos de su cuerpo se vuelven fuertes y gruesos.

En esta etapa de la vida, las y los adolescentes a menudo sienten que sus

2. TOLEDO, Virginia y otros. Adolescencia tiempo de decisiones. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Editorial Mediterráneo 1998.

padres los cuestionan o los regañan. Se sienten extraños, ajenos, diferentes al resto de los miembros de su familia. Se descubren necesitando espacios íntimos y silencios. Notan que ya no les funcionan del todo aquellas reglas que les parecían normales. Las adolescentes y los adolescentes saben que son útiles y fuertes, anhelan mostrar sus capacidades productivas y desean participar en equipos de reflexión y debate, en talleres que les brinde la oportunidad de convertirse en personas Inteligentes. Algunos sienten la necesidad de probarse como líderes. Junto con los espacios de trabajo, necesitan lugares seguros para el juego y la convivencia, así como espacios para aprender a relacionarse, como adolescentes, de igual a igual.

La Consejería para Adolescentes, está respaldada en la Constitución Política de Nicaragua, en instrumentos internacionales ratificados por Nicaragua, en leyes, decretos legislativos y decretos ejecutivos, lo cual constituye el soporte jurídico para su implementación en la protección de un segmento importante de la población que lo constituyen los niños, niñas y adolescentes.

Influencia familiar

La plenitud, la fuerza y el intenso movimiento de cambio y reflexión que caracterizan la vida adolescente ponen a prueba el equilibrio familiar. Por una parte, las madres y los padres tienen que enfrentarse al hecho de que sus hijos, poco a poco, están logrando su propia autonomía. Entonces tienen que aprender nuevas maneras de relacionarse con ellas y con ellos, tienen que ajustar algunas de las reglas de la casa, también, tienen que eliminar otras.

Esta situación se complica pues no todos los padres están preparados para hacer estos ajustes y cambios, no todos saben cómo hacerlos, y algunos no están dispuestos a hacerlos. Por su parte, los y las adolescentes no siempre tienen la capacidad y la paciencia suficiente para elegir los momentos de diálogo, para explicar sus deseos, para exponer sus puntos de vista o para escuchar a sus padres.

En esta etapa del curso de vida, las relaciones entre padres e hijos tienen que replantearse. Los hermanos menores, acostumbrados tal vez a contar con el tiempo y el apoyo de los grandes, quieren seguir gozando de su atención. Sin embargo, los hermanos grandes que atraviesan por la adolescencia no tienen tiempo ni paciencia para dedicarles. En ocasiones, los hermanos mayores pueden reaccionar con impaciencia ante las demandas y quejas de sus hermanos menores. En suma, las relaciones entre hermanos también suelen replantearse en esta etapa. **Es un período de ajuste inevitable, intenso y pasajero.**

Influencia social

Al llegar a la adolescencia, los y las adolescentes se incorporan con plenitud a la vida social. Es en la sociedad donde encuentran motivos para expresarse, para comunicarse, para formular sus preguntas, para jugar y aprender, para diseñar proyectos.

La sociedad es para las y los adolescentes lo mismo que el aire es para las aves: una fuerza que impulsa y al mismo tiempo sostiene.

Como todo aprendizaje, las y los adolescentes enfrentan sus ideas, valores y costumbres a los valores, ideas y costumbres de otros grupos, de otras familias, de otras culturas diversas. No es que necesariamente rechacen lo que aprendieron en sus familias, es que quieren perfeccionarlo, quieren tomar lo mejor que tienen y dejar atrás lo que ya no responde a lo que necesitan como personas autónomas.

Para las y los adolescentes, la familia tendría que convertirse, en términos ideales, en un espacio que les brinde protección, apoyo; debería ser un punto de referencia que los impulse, con orgullo y confianza hacia la sociedad abierta.

Las y los adolescentes no pueden estar solos en esta etapa de sus vidas porque su transición, además de ser personal, también es social. Para ellos cobran gran importancia los personajes "líderes" que los rodean: los hombres y las mujeres que

sobresalen en el entorno social por compartir sus conocimientos o sus proyectos, por su fuerza, tenacidad, capacidades artísticas o políticas; por su bondad, por ejemplo.

Para adolescentes, tener contacto cotidiano con un personaje justo, emprendedor, alegre y comprometido con su arte, su oficio, su proyecto o su comunidad, puede llegar a ser un verdadero privilegio. Es por eso que necesitan formar grupos de pertenencia para encontrar en ellos confianza, camaradería, intimidad o debate. Además necesitan contar con una familia, una escuela que les ofrezca cariño, puntos de referencia y seguridad. **El tránsito de la adolescencia** es un evento complejo, difícil, atractivo, novedoso y lleno de sorpresas.

Ideales

El adolescente se encuentra en dos mundos, la fantasía, que se convierte en idealismo y que se traduce en las ganas de transformar el mundo en algo mejor y la realidad, que se opone al anterior. Los y las adolescentes son idealistas, a veces ilusos, que se estrellan con el realismo. No ha aprendido a renunciar, a ajustar el mundo de lo ideal al limitado mundo real; resultando muchas veces una confrontación dolorosa. El adolescente no puede ignorar que el mundo existe como una realidad en sí. Siente el agobio de la realidad. Ve una realidad (con cosas buenas y cosas malas) en la que deberá participar activa y responsablemente, temiendo al compromiso. Es natural, a esta edad, tener temores e

inseguridades.

Es común que se pregunten: ¿si me equivoco?, ¿y si no valgo? O dice : ¡no quiero ser grande!.

El adolescente se deberá preparar con la ayuda de los adultos (padres, madres, maestros, personal de salud, adultos de confianza) para enfrentar la realidad, para aprender a tomar decisiones.

Toma de decisiones

Tomar una decisión que repercutirá en el futuro inmediato resulta difícil porque no depende únicamente de las preferencias personales. La decisión debe considerar también factores económicos, familiares y sociales, por lo que se pretende ofrecer a las y los adolescentes las herramientas básicas para que incrementen sus conocimientos, descubran sus potencialidades y preferencias y analicen los factores implicados en su elección durante la consejería.

Factores que influyen en la toma de decisiones

- **Influencia de otros:** puede ser positiva si orienta para elegir una opción pero negativa si se presiona para hacer lo que otros quieren, en contra de la voluntad del adolescente.
- **Información:** Tener conocimiento sobre las consecuencias de las alternativas en el proceso de toma de decisión es muy importante, permite analizar los pros y contras de cada opción. Es la base para tomar una decisión adecuada.
- **Experiencia propia:** La propia historia personal y familiar, el contexto socio-cultural del adolescente le han permitido formar valores, actitudes y opiniones favorables o no con relación a su decisión. En todo esto, las experiencias, las vivencias, que son el contexto, se basa el proceso de toma de decisiones.

La adolescencia se experimenta de distintas maneras en cada sociedad, e incluso dentro de las sociedades pueden existir grandes diferencias en la forma en que algunos adolescentes experimentan esta etapa comparados con otros. Para que los resultados, objetivos e intervención tengan el impacto deseado, primero debe entenderse el contexto específico de la población adolescente.

Los factores socioculturales influyen en cómo adolescentes experimentan este momento de su vida, y las normas y expectativas que la familia y la sociedad tiene de ellos.

Una amplia gama de factores influye en la salud de adolescentes.

Los factores que influyen en cómo adolescentes viven la adolescencia

abarcan cinco grandes categorías:

1. Características individuales de adolescentes, incluyendo sus conocimientos, actitudes, creencias, valores, motivaciones y experiencias.
2. Pares, parejas sexuales.
3. Familia.
4. Instituciones.
5. Comunidades.

Las decisiones marcan la vida del o la adolescente

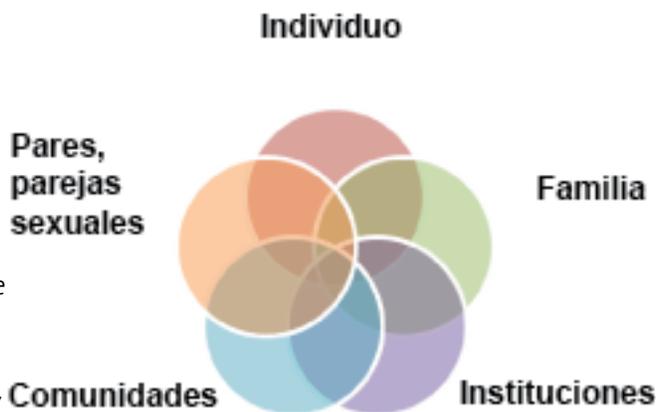
Tomar una decisión quiere decir elegir entre, al menos, dos opciones posibles. Elegir quiere decir enfrentar más de una posibilidad y tomar una postura propia ante lo que enfrentamos. Las decisiones que se toman durante la adolescencia trascienden. Esto quiere decir que marcan las siguientes etapas del curso de vida; que sus consecuencias se manifiestan, a través del tiempo, en la juventud, la madurez e incluso la vejez.

En este sentido el proyecto de vida puede convertirse en un marco vital que permita a las y los adolescentes tomar las mejores decisiones: las más informadas, las más debatidas, las más reflexionadas, las decisiones que más apoyen y propicien la cristalización de sus anhelos, de sus planes, de sus ilusiones.

Cuando las y los jóvenes formulan sus propios proyectos de vida, tienen con ellos un refugio donde guardarse durante las "tempestades" (crisis familiares, desencuentros

de par a par o angustias particulares, por ejemplo) y hacerse de herramientas (como conocimientos o destrezas) con un marco de referencia que guíe y oriente su toma inteligente, sensible y pertinente de las decisiones que marcarán el rumbo de sus vidas.

Si queremos mejor calidad de existencia de los y las adolescentes, tenemos que centrarnos en apoyarles para formular su proyecto de vida, para que puedan vencer las dificultades; para que los obstáculos, se visualicen como desafíos que se transforman en proyectos.



Proyecto de vida

La elaboración de un proyecto de vida, debe considerar aspectos tales como: el entorno y conocimiento del adolescente; la búsqueda de información para satisfacer las inquietudes y posibilidades para alcanzar las metas propuestas; la flexibilidad, que no debe faltar, como seres humanos tenemos diferentes intereses, habilidades y los proyectos de vida suelen ser cambiantes, además los resultados no dependen sólo del adolescente.

Un proyecto de vida, es un proceso constructivo que utiliza la experiencia anterior, sus posibilidades y las alternativas concretas que ofrece el ambiente en esta etapa de la vida. En la adolescencia el proyecto es indispensable para lograr la individualización; armonizar lo real y lo ideal. Para ello, es necesario evaluar las alternativas, elegir entre ellas, integrarlas, además ejecutarlo y readecuarlo a nuevas exigencias. La orientación al futuro implica vivir en un mundo de valores.

Planear la vida permite al adolescente ubicar en forma más clara sus posibilidades dentro de un contexto real, para que sus conductas se proyecten hacia el futuro. Elementos como la toma de decisiones, los valores y la autoestima si son integrados en la estructura psicosocial del adolescente contribuirán a definir su nivel de aspiraciones y las posibilidades de cumplirlas.

Mientras más tempranamente se elabore mayores posibilidades habrá de alcanzar las metas.

Hay que conversar con los y las adolescentes para que puedan fijarse metas concretas y programar actividades consecuentes. Para desarrollar un proyecto de vida hay que tener confianza en sí mismo(a) y en la capacidad para conseguir lo que se proponga, sentirse motivado(a) para elaborar objetivos claros y consecuentes con ellos. Elaborar el proyecto de vida ayuda a planificar la vida, pero también conocer cuáles son las posibilidades, limitaciones, así como las oportunidades que la sociedad ofrece.

Planificar un proyecto significa y consiste en organizar los pasos a seguir para llegar a donde uno quiere. Si él o la adolescente es ordenado/a, resultará más fácil alcanzar sus objetivos, pues evitarás tropezos en su proyecto.

Por ejemplo, un adolescente desea tocar guitarra en un grupo musical, primero debe aprender a dominar la técnica y después se integra al grupo o incluso forma su propia banda. Cualquier proyecto tiene una secuencia y su fracaso o éxito dependerá en gran medida de cómo el o la adolescente sea de organizado.

Muchas veces adolescentes aspiran a un proyecto de vida, pero el problema no es realizarlo, sino como empezar. Si ese es el caso, hay que comenzar por hacerles dos preguntas: ¿Quién sos?, ¿Qué quieres? Probablemente sabe quién

es y que quiere, pero el propósito de estas preguntas es explorar su interior y definir

- ☺ Gustos.
- ☺ Aspiraciones.
- ☺ Habilidades.
- ☺ Sueños.
- ☺ Valores.
- ☺ Intereses.
- ☺ Necesidades.
- ☺ Actitudes.

Si el consejero/a analiza a fondo los puntos anteriores ayudará al adolescente a conocer más de sí mismo y podrá facilitar sus decisiones hacia lo que desea ser y hacer. A la hora de trazar su proyecto de vida, recuerde explorar los medios con lo que cuenta para alcanzar sus metas para que sea un adolescente exitoso.

Cómo construir un proyecto de vida

Al definir un proyecto de vida los y las adolescentes podrán defender lo que piensan, sus intereses y ser menos vulnerable al medio.

1. Punto de partida o diagnóstico personal

a) Lo primero que hay que hacer en un proyecto de vida es identificar las cualidades de los y las adolescentes, lo que debe mejorar y lo que se va a proponer para lograr. Es necesario realizar cambios de paradigma y pensamiento para poder ver las cosas desde una óptica más positiva, con optimismo de que a pesar de que no está en el mejor de sus momentos, todo va a estar mejor.

b) Es muy importante tener un punto de partida que este sujeto a la realidad que él o la adolescente presenta, las condiciones y posibilidades para lograr el sueño; apoyarle para que se planteen cosas posibles y que pueda lograr, metas imposibles pueden llegar a frustrar al más fuerte; así pues, debe ser consecuente y utilizar los medios que tiene a mano y a medida que mejore o se acerque al camino deseado puede replantearse las metas utilizando nuevos recursos.

c) Después hacer la autobiografía de cómo han surgido esas metas de vida y cuáles han sido las personas de apoyo. Siempre es bueno mantener una historia de las cosas que ha conseguido y brindar gratitud a quienes le ayudaron y apoyaron en el camino.

d) Reconocer los aspectos generales de la conducta (religiosa, intelectual). Tener autoconciencia que permita conocer de sí mismo

el respeto a la vida, la autoestima y la autonomía. Cada quién es libre de tomar una posición frente a la vida, recuérdale que a veces las personas necesitan fracasar varias veces para poder triunfar con puntos de vista aparentemente errados, las personas que han triunfado son aquellas que se valen de sus fracasos como aprendizaje para lograr sus metas.

2. Visión personal.

Escribir la visión y todas las alternativas para poder cumplirla.

3. Misión personal

Después apoye para que describa quién es en este mundo, por qué existe, cuál es su misión en este mundo, como puede realizar lo que se propone, como puede hacérselo saber a los demás, como puedes derrotar y superar todas las barreras hacia sus sueños.

4. Metas estratégicas

Ayude a que se plantee metas, son las bases para construir su proyecto y presentar las circunstancias dadas para lograr su proyecto de vida. Las metas deben estar bien definidas, ellas servirán de guía en el camino final, mantener un frente claro es de suma importancia.

Pasos para construir un Proyecto de vida	¿Qué hacer ?
1. Punto de partida o diagnóstico personal	Apoyar al adolescente a identificar sus fortalezas, oportunidades debilidades (limitantes) y amenazas (FODA). Permita que reflexione sobre las preguntas: ¿Quién soy? ¿Cómo soy? ¿Dónde vivo? ¿Con quién vivo? ¿Quiénes han sido las personas que han tenido mayor influencia en mi vida? ¿Cuáles han sido mis intereses desde temprana edad? ¿Cuáles han sido los acontecimientos que han influido en forma decisiva en lo que soy ahora? ¿Cuáles han sido en mi vida los principales éxitos y fracasos? ¿Qué es lo que más me gusta de mí? ¿Qué es lo que no me gusta?
2. Visión personal	Llegó el momento de soñar. Preguntar al adolescente como le gustaría ser en el futuro a 10, 15 o 20 años. Haga las siguientes preguntas: ¿Dónde viviré? ¿Cómo viviré? ¿Con quién viviré? ¿Casado/a, soltero/a, acompañado/a? ¿Qué bienes tendré (carro, casa, teléfono, televisión)? ¿Cuáles serán mis logros? ¿Qué tipo de pareja deseo? ¿Tendré hijos/as? ¿Cómo me voy a relacionar con mi papá, con mi mamá? ¿Cómo me voy a relacionar con mis hermanos? ¿Con mi pareja? ¿Con mis hijos/as?
3. Misión personal	Una visión personal sin acción es un sueño, se requiere una misión personal; es pensar lo que se desea ser en el futuro y luchar por lo que sea desea, reflexionar a que se dedicará. La misión personal representa a lo que el adolescente hará para alcanzar sus metas. Representará su razón de ser. Algunas preguntas de referencia para esto pueden ser: ¿Cómo me prepararé para el futuro? ¿Tendré una profesión? ¿Cómo tomaré las decisiones en mi vida? ¿Cómo viviré mi vida en la escuela? ¿Con mi pareja? ¿Cómo será mi capacidad reproductiva? ¿Qué haré para tener una buena salud?
4. Metas estratégicas	La meta es el fin o el objetivo que se ha trazado en la vida. Por ejemplo: estudiar, ir a la universidad, ser abogado, enfermero/a, técnico en computación. Preguntar al adolescente: ¿Qué desea hacer? ¿A qué quiere dedicarse? ¿Cuáles son las fortalezas que tiene para lo que desea hacer? ¿Qué hará para superar los obstáculos que se puedan presentar? ¿Con qué personas puede contar? ¿A dónde puede acudir para encontrar apoyo o información?

- NOTA:
- F:** son las características positivas que sirven para facilitar o impulsar cualquier meta que el adolescente quiera lograr
 - O:** es todo el apoyo externo que recibo y que me sirve para facilitar o impulsar cualquier meta.
 - D:** son las características personales que impiden, obstaculizan o bloquean cualquier meta.
 - A:** son las condiciones externas que impiden, obstaculizan o bloquean la meta que el adolescente

Recordar

- Para la construcción de un proyecto de vida es necesario incluir como tema fundamental la preparación intelectual y la capacitación. La elección de una profesión y del camino a seguir para alcanzarla, debe ser combinada con los gustos y tendencias a lo que más le gustaría o gusta hacer.
- Para esto el o la Consejera necesita poner sus conocimientos, habilidades y competencias. Es necesario informar al adolescente que la información es la herramienta para el éxito, y la deserción escolar para trabajar solo genera más pobreza y disminuye las oportunidades. El éxito está en sus manos, sus ganas de salir adelante y la fuerza que le imponga al logro de sus metas.
- Al final solo confía en que lo vas a lograr, y tener un pensamiento positivo constante, el pensamiento positivo cambia tu realidad.
- Resalta las cosas buenas en cada situación aparentemente mala. **Ver lo bueno dentro de lo malo es una forma de enfrentar los inconvenientes de la vida, plantearlos como retos y no como impedimentos.**
- Tener siempre la confianza en que todo va a salir bien; para luego, si se fracasa poder levantarse y estar listo para un nuevo camino, ahora con un nuevo aliado, la sabiduría.



Ejercicios de autorreflexión - orientaciones

A continuación se presentan varios ejercicios de autorreflexión que le ayudará a conocer mejor: cómo reaccionaría ante determinadas situaciones que presenten los adolescentes; que respuesta daría; cuáles son las ideas o imágenes previas (pre-conceptos) que tiene sobre los adolescentes para superar los aspectos que considere pueden interferir durante la Consejería.



Objetivo

Ayudar a identificar las fortalezas y limitaciones para mejorar las habilidades como Consejero/a.



Materiales

Hojas de Ejercicios de Autorreflexión, lápiz de grafito, resaltador.



Duración

El tiempo de cada Ejercicio de Autorreflexión depende de su habilidad para pensar en las alternativas que daría ante las situaciones planteadas, lo ideal es que como máximo tarde 30 minutos; este es el tiempo ideal que puede durar una Consejería para Adolescentes.



Procedimiento

1. Debe preparar un lugar para responder cada pregunta del ejercicio (ya sea en su casa, en la unidad de salud o en algún lugar de la comunidad; donde te sientas cómodo, imaginando cada situación o pregunta para responder con honestidad cada una de ellas. Vuelva a su etapa de adolescencia y llene los ejercicios.
2. Después de realizar cada ejercicio señale con el resaltador que aspectos son los que pueden interferir de manera negativa en la consejería.
3. Toma un tiempo después de hacer las consejerías para hacer los ejercicios nuevamente, así descubrirá como poco a poco los aspectos negativos identificados en el primer momento se van mejorando. Si desea compartir con algún miembro de la familia, o colegas, amigos/as puede hacerlo; así recibirá sugerencias que le ayuden a ser día a día mejor consejero/a.
4. Describa todas las ideas posibles que se vienen a su mente para buscar las respuestas a cada ejercicio, pensando que en ese momento tiene un adolescente que está platicando algo relacionado con ese tema.
5. Busque en las conclusiones, al final de cada ejercicio, la importancia de responder no a uno cada planteamiento.

Ejercicios de autoreflexión para ser Consejero/a



Ejercicio de Autorreflexión No. 1

“Construyendo mi proyecto de vida como consejero/a”



Objetivo:

Hacer empatía con los y las adolescentes sobre las limitantes que se pueden presentar para la construcción del proyecto de vida e identificar las fortalezas que tengo como consejero/a.



Orientaciones

Escribir en el recuadro cuál será su visión como Consejero/a para adolescentes, tomando en consideración cuáles serán sus principales logros y como visualiza su trabajo.

Fortalezas	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Oportunidades	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Debilidades	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Amenazas	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Ejercicios de autorreflexión para ser Consejero/a



Ejercicio de Autorreflexión No.2

“Mi Visión como consejero/a”



Objetivo

Identificar cuál será mi visión como consejero/a para adolescentes.



Orientaciones

Reconocer su visión como consejero/a, tomando en consideración cuáles serán sus principales logros y como se visualiza en cinco años.



Ejercicio de Autorreflexión No.3

“Mi Misión como Consejero/a”



Objetivo

Identificar cuál será mi misión como consejero/a para adolescentes y que motivaciones tengo para trabajar con este grupo.



Orientaciones:

Explorar de acuerdo a mi función como consejero/a, cuál será mi razón de ser como consejero/a.

Ejercicios de autorreflexión para ser Consejero/a



Ejercicio de Autorreflexión No.4

“Identificando mis metas como consejero/a”



Objetivo

Explorar cuáles serán mis metas, según mi FODA, para tener un mejor desempeño como consejero/a para adolescentes.



Orientaciones

De acuerdo a mi función como consejero/a, escribo cuáles serán como consejero/a para Adolescentes.

Meta
1.
2.
3.
4.
5.
6.

Desarrollo del y la Adolescente

Pubertad

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

Características del desarrollo puberal

No siempre es fácil determinar las alteraciones del desarrollo y la maduración puesto que existe una gran variabilidad en el inicio, duración y culminación de estos eventos, dependiendo del sexo, raza y otras características de herencia familiar. Los eventos puberales siguen un ritmo o secuencia predeterminada dentro de esa variabilidad.

El trayecto madurativo no es recorrido por los jóvenes con la misma rapidez ya que existe una variación normal en la velocidad con que el ser humano madura. Surge de este concepto la presencia de aquellos que recorren el trayecto madurativo en forma lenta, mientras que otros lo hacen en forma rápida. No todos terminarán su crecimiento con el mismo peso o estatura, pero sí culminarán su maduración con la adquisición de todas las funciones y características de la adultez.

Etapas de desarrollo en la adolescencia

Etapas de la Adolescencia y edades promedio	Cambios físicos		Cambios cognitivos		Cambios Socio-emocionales	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Pre-Adolescencia 9-12 años (Mujeres) 10-13 años (Hombres)	Cambios corporales asociados a la pubertad.		Cambio de pensamiento egocéntrico (en sí mismo) a socio céntrico (en los demás)	Mayor uso de pensamiento lógico concreto.	Aumenta la necesidad por tener un mejor amigo/a del mismo sexo.	
Adolescencia temprana 12-14 años (Mujeres) 13-15 años (Hombres)	Aparición de Menstruación	Eyacuaciones	Mayor uso de pensamiento abstracto (operaciones formales) y menos pensamiento concreto.		Mayor independencia. Menor supervisión parental.	Interés en sexo opuesto. Subgrupos sociales.
Adolescencia media 14-16 años (Mujeres) 15-17 años (Hombres)	Cuerpo continúa creciendo y cambiando.		Completo desarrollo de pensamiento abstracto y funciones meta-cognitivas.		Mayor autonomía conductual. Intimidad con sexo opuesto.	Grupos sociales mixtos.
Adolescencia tardía 16-18 años (Mujeres) 17-18 años (Hombres)	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
	Cuerpo completa desarrollo físico. Completo desarrollo del lóbulo frontal.		Aumento de habilidades de resolución de problemas y mejor control de impulsos.		Disminuye importancia de pares. Aumentan relaciones más íntimas.	Intereses en planes futuros.

Eventos puberales masculinos

El primer signo puberal es el aumento del tamaño testicular a una edad promedio de 11,6 años. Se considera puberal un tamaño testicular igual o mayor de 2,5 cm de diámetro, lo que corresponde a 4 ml (medidos con el orquidómetro de Prader). Poco después del crecimiento testicular se inicia el crecimiento del pene y vello púbico (VP). El desarrollo del pene y testículos toma 3,5 años.

El vello axilar aparece en promedio dos años después del pubiano. El desarrollo del vello facial ocurre en etapas tardías, habitualmente después de los cambios en la voz.

En el inicio puberal el volumen testicular está entre 2,5 ml a 4ml, y en el adulto el volumen es de 15 a 25 ml.

La longitud del pene en etapa prepuberal es de alrededor de 3 a 4 cm., mientras que en el adulto llega a un promedio de 12 a 15 cm. Es necesario realizar esta evaluación y explicarla, ya que permite disminuir la ansiedad relacionada con el tamaño de los genitales.

Eventos puberales femeninos

El primer signo de desarrollo puberal es la aparición del botón mamario (telarquía), seguido muy de cerca por el crecimiento del vello púbico (pubarquia). La edad promedio de aparición mamaria es de 10,5 años, completando su desarrollo en 4 años, con un rango entre los 8 y 13 años.

La primera menstruación

(menarquía) se presenta 1,5 a 2 años después de la telarquía. Durante los dos años posteriores a la menarquía, alrededor de un 50% de los ciclos son anovulatorios, lo que explica la irregularidad de las menstruaciones durante este período.

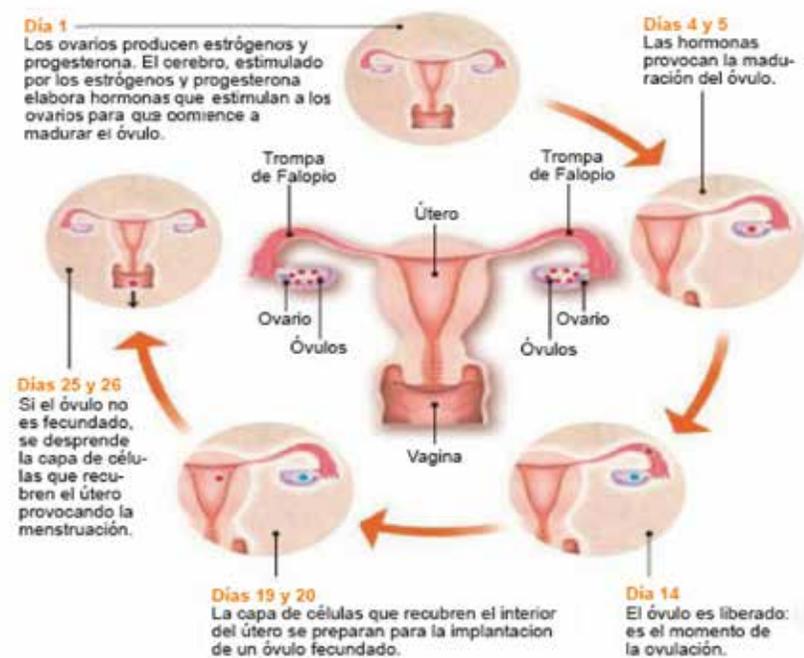
Características del ciclo menstrual en las adolescentes

Muchas adolescentes tienen periodos menstruales muy irregulares durante sus primeros años de menstruación; entre otras causas debido a que las adolescentes no siempre ovulan cada mes después de que empiezan la menstruación; pero dado que no hay forma de que una adolescente pueda determinar con seguridad en cuáles meses está ovulando, las adolescentes deberían considerar que pueden embarazarse en cualquier momento.

Con el tiempo, los periodos se presentan con regularidad; sin embargo, se considera normal que falte o se retrase un periodo una vez al año, particularmente en momentos de estrés.

La menstruación

La menstruación es una sola parte del ciclo menstrual, cuando el cuerpo de la mujer se prepara para el embarazo cada mes. El ciclo se empieza a contar desde el primer día de un periodo hasta el primer día del siguiente. La duración promedio de un ciclo es de 28 días, pero los ciclos con duraciones de entre 21 y 35 días son normales.



El sangrado menstrual

La mayoría de los periodos menstruales duran entre tres y cinco días, pero periodos entre dos y siete días son normales. La cantidad de flujo de sangre varía también, porque cada cuerpo tiene su manera distinta de espesar el endometrio, pero en la mayoría de las mujeres el sangrado comienza ligero, es seguido por un flujo más fuerte de uno o dos días y termina con uno o dos días de flujo ligero.

Un flujo más ligero o más fuerte no significa que sea más difícil que ocurra un embarazo o que los periodos de una mujer siempre se presentarán de la misma manera. Pero si el sangrado es excesivo si se satura un tampón o una toalla o más por hora es importante determinar si hay un problema. Las adolescentes con frecuencia se preocupan si expulsan coágulos durante la menstruación. Eso es normal, son masas de sangre colectadas en la vagina.

Trastornos menstruales

Cólicos

Más de la mitad de mujeres sienten cólicos durante la menstruación. Los cólicos usualmente se sienten en la zona pélvica y en el bajo vientre, pero pueden radiar hasta la zona lumbar o las piernas. Físicamente, el útero se contrae para abrir el cuello del mismo e impulsar un bebé de la misma forma en que se contrae para expulsar la sangre menstrual acumulada en el endometrio.

El dolor menstrual, sin embargo, puede tener otras causas, aunque estos casos son raros entre adolescentes. Incluyen tumores, la infección de las trompas y la endometriosis, una condición en la cual el tejido del endometrio se implanta fuera del útero.

Sangrado Menstrual

- Duración: 3-7 días la menstruación.
- Espaciamiento: 21-45 días.
- Cantidad: 30 – 40 ml (máximo 80 ml).
- El establecimiento de ciclos menstruales regulares se alcanza usualmente alrededor de los cinco años post-menarca.

Metrorragia	Sangrado uterino fuera del período menstrual, que puede ser de origen orgánico o disfuncional sin que exista embarazo y en ausencia de patología orgánica comprobable. Hemorragia Uterina Disfuncional), de cantidad variable. En la adolescente habitualmente se debe a ciclos anovulatorios por inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario (más cantidad, más frecuencia, más duración).
Menorragia	Hemorragia uterina importante de duración prolongada y que aparece a intervalos regulares (más cantidad, más días de duración, frecuencia normal).
Hipermenorrea	Sangrados uterinos regulares, de duración normal, pero en cantidad excesiva (mayor de 80 ml) (más cantidad, duración normal, frecuencia normal).
Hipomenorrea	Flujo menstrual excepcionalmente escaso, a veces simplemente un "manchado" (menos cantidad) que se produce entre dos períodos normales.
Proiomenorrea	Patrón de sangrado periódico y regular, pero con una frecuencia menor a 21 días. Es el "acortamiento del ciclo menstrual" (cantidad normal, duración normal, más frecuencia). Se suele relacionar con ciclos anovulatorios.
Hemorragia por contacto (Postcoital)	Debe considerarse un signo de cáncer cervical hasta que se demuestre lo contrario. Otras causas son eversión cervical, pólipos cervicales e infecciones vaginales o cervicales (principalmente por Tricomonas).
Spotting o Manchado	Sangrado genital intermenstrual escaso.

Recordar

1. La posibilidad de ofrecer información y consejería desde que empieza la adolescencia, aprovechando los distintos espacios donde se encuentran los adolescentes (clubes, colegios, organizaciones comunitarias) para motivarlos, informarles y promocionar la formación de líderes adolescentes que apoyen la unidad de salud.
2. Dar confianza a la adolescente. Considerar todo momento que acude a la unidad de salud como oportuno, ya que si no recibe la atención solicitada se corre el riesgo que NO regrese.
3. Informar sobre la causa del sangrado y el dolor, tranquilizándola a ella y su familia.
4. Si se necesita prevenir embarazo o los síntomas son muy importantes pueden estar indicados los anticonceptivos orales para inhibir la ovulación.
5. **Referir** al personal con mayor capacidad de resolución donde les puedan apoyar.

Amenorrea

Amenorrea	<ul style="list-style-type: none"> • Es un síntoma, una manifestación de otro trastorno, y no una enfermedad. • Se refiere a la ausencia de menstruación más allá de un límite de tiempo considerado normal.
AMENORREA PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de menarquía a los 14 ó 15 años, con ausencia de caracteres sexuales secundarios. • Falta de menarquía de los 16 a 18 años con o sin caracteres sexuales secundarios. • Falta de menarquía a pesar de haber alcanzado un Tanner mamario 5, un año antes. • Falta de menarquía a pesar de haber iniciado desarrollo mamario Tanner 2, cinco años antes.
Amenorrea Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de 4 períodos menstruales luego de haber menstruado siempre regularmente desde la menarquía. • Ausencia de 6 o más períodos menstruales, precedida de períodos irregulares.

Alteraciones del crecimiento, desarrollo y maduración

Alteraciones de la pubertad – Pubertad tardía	
Pubertad tardía mujeres	Pubertad tardía hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de botón mamario en una adolescente mayor de 13 años. • Ausencia de menarquía (primera menstruación a los 16 años). • Luego de 5 años de iniciados los cambios puberales, no se completan. • Edad ósea de 13 años en mujeres y no ha aparecido ningún cambio puberal. • Edad ósea de 15 años y no ha aparecido la menarquia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de crecimiento testicular en varón mayor de 14 años. • Luego de 5 años de iniciados los cambios puberales no se completan. • Edad ósea de 14 años y no ha aparecido ningún cambio puberal.
Alteraciones de la pubertad – Pubertad precoz	
Pubertad precoz mujeres	Pubertad precoz hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de las características sexuales secundarias (telarca, o menarca antes de los 8 años de edad). 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de las características sexuales secundarias (pubarca, crecimiento del pene y testículos) antes de los 9 años de edad.

La pubertad precoz es 2 a 5 veces más común en las mujeres que en los varones

RECORDAR

Cuando se determine que el crecimiento y desarrollo están dentro de parámetros normales, se deberá tranquilizar a la/el adolescente explicándole que, aunque muchos compañeros/as ya se han desarrollado y son más altos, no todas las personas crecen ni se desarrollan a la misma edad, ni al mismo ritmo. Manifestarles, además, la necesidad de continuar con consultas médicas de seguimiento para garantizar lo anterior. Si se han detectado alteraciones se le explicará la necesidad de REFERIR a un especialista para confirmar sospechas, realizarle exámenes y, eventualmente, tratamientos que le permitan adquirir un desarrollo normal. Referir al equipo de salud mental *(psicológico)

Alteraciones del desarrollo mamario

Constituyen un motivo de consulta frecuente durante la consejería. En la mayoría de los casos, los problemas se resuelven espontáneamente durante el periodo de control y seguimiento, sin necesidad de intervenir. Por ello se debe explicar al adolescente que hay que evitar la realización de ecografías, mamografías o biopsias innecesarias.

Adolescentes Varones

Ginecomastia

Es el aumento de la glándula mamaria (uní o bilateral) en el adolescente varón, secundario a un incremento del estroma y del tejido glandular. Esto se debe a un desbalance entre andrógenos y estrógenos, y a una mayor sensibilidad del tejido mamario. Durante la pubertad, en dos tercios de los varones se desarrolla la glándula mamaria (ginecomastia fisiológica).

En raras ocasiones, la ginecomastia es secundaria a alguna enfermedad (ginecomastia patológica) y puede deberse a tumores (linfangioma, lipoma, cáncer), alteraciones cromosómicas, falla o falta testicular, o enfermedades hepáticas crónicas. En otras ocasiones, se confunde con ginecomastia el agrandamiento de la región mamaria en los adolescentes obesos (seudoginecomastia).

RECORDAR

Explorar o preguntar al adolescente:

- Edad de inicio.
- Secreción por el pezón.
- Dolor.
- Uso de medicamentos (cimetidina) y drogas (marihuana, etc.).
- REFERIR al especialista.
- En caso de alteraciones del desarrollo y de dolores en las mamas, se deberá tranquilizar a la adolescente explicándole que estos cambios son habituales, que se ven frecuentemente y que por lo general desaparecen espontáneamente.
- La presencia de secreciones, por lo general, obedecen a causas funcionales que tampoco ponen en riesgo la vida ni el normal desarrollo de la adolescente.
- En caso de encontrar tumoraciones, explicar que casi siempre son benignos y plantearle los pasos diagnósticos y controles que se deberán realizar. En estos contactos, se las debe orientar para el auto examen periódico de las mamas. Debe hacerse notar la existencia de cambios normales a lo largo del mes.

Lo fundamental es tranquilizar al adolescente, reafirmando que las ginecomastias son benignas y que en menos de un año desaparecen espontáneamente. Aunque momentáneamente, en lo estético, puede provocar inconvenientes en la vida de relación. Acontece en más de la mitad de los varones. Esto no significa que vaya a tener ningún problema en su vida sexual actual o futura.

Explicar que se debe a cambios hormonales (ginecomastia) o a un aumento del tejido graso (seudoginecomastia). REFERIR al especialista para sus controles cada tres meses para la evolución. El ejercicio y el cuidado del peso pueden mejorarla.

Es importante estimular el desarrollo de la autonomía en las y los adolescentes, en especial los aspectos cognitivos para la toma de decisiones, como Consejero/a:

- Inclúyalos en discusiones acerca de diversos temas, cuestiones y hechos actuales.
- Estimúlelos para que compartan sus ideas y pensamientos con usted.

- Aliéntelos a pensar por sí mismos y a desarrollar sus propias ideas.
- Ayúdelos a establecer sus propias metas.
- Aliéntelos a pensar acerca de las posibilidades futuras.
- Felicítelos y elógielos cuando toman buenas decisiones.
- Ayúdelos a volver a evaluar por sí mismos las malas decisiones.

Aclare que cada persona es única y que por tanto, existen algunas variantes de las que dependerá la aparición de los cambios físicos en su cuerpo. Puede mencionar las siguientes:

- Ambiente (nivel socioeconómico, educación, cultura, salud, psicosociales, familia, trabajo, círculo de pares, comunidad, medios de comunicación).
- Enfermedades, especialmente crónicas o graves.
- Conductas alimentarias.
- Genéticos: determinan el inicio de la pubertad, la velocidad y el pico de crecimiento.
- Hormonales: hormonas tiroideas, hormona del crecimiento, esteroides sexuales.
- Factores que actúan entre la herencia y el ambiente, como la familia y el rol de la madre y del padre.

- Sobre el potencial genético interactúan factores ambientales (nutrición, relación, salud y afectividad) que pueden influir en el crecimiento y desarrollo de los adolescentes.
- Con frecuencia los excesos también generan problemas en el crecimiento y desarrollo (deporte excesivo, dietas hipercalóricas, trabajo o estudio agobiante, vida sedentaria).

Enfermedades de los testículos y del escroto

Epididimitis/orquitis

Es la inflamación aguda del epidídimo y/o del testículo. Puede ser uni- o bilateral.

Síntomas

- Dolor testicular intenso.
- Aumento de volumen testicular.
- Inflamación del escroto.
- Fiebre.
- Malestar general.
- Con uretritis o sin ella

Recordar

- Explicar que tiene una infección en el epidídimo y que ésta se transmite con las relaciones sexuales.
- Reafirmar el uso de preservativos en cada relación sexual y consultar siempre que tenga algún síntoma como ardor, secreción o molestias.
- Informar que estas infecciones, en forma reiterada o no tratadas, pueden provocar esterilidad, y destacar que si se cumple el tratamiento, la evolución es hacia la curación total.
- Orientar sobre las características del tratamiento, medicamentos, duración, dosis y efectos adversos.
- La importancia del control y el tratamiento de los contactos.

Torsión testicular

Es la torsión del cordón espermático que interrumpe el suministro de sangre al testículo y a las estructuras circundantes en el escroto.

Síntomas

- Dolor en un testículo, intenso y repentino.
- Elevación de un testículo con el escroto.
- Náuseas, vómitos, desmayo.
- Inflamación y fiebre.

Hidrocele

Es la acumulación de fluido en el escroto y el cordón espermático.

Cuadro clínico

- Masa quística del escroto, blanda e indolora, que aumenta a lo largo del día.
- Ocasionalmente puede ser doloroso.
- Transiluminación positiva.
- En caso de ser necesario, puede efectuarse ultrasonido del escroto y los testículos.

Recordar

- No requiere tratamiento específico.
- Explicar al adolescente que no es nada grave, que cuando pueda, evite estar mucho tiempo de pie.
- Si persiste, hacer consulta con especialista, para decidir conducta.

Varicocele

Es la dilatación patológica de las venas que corren a lo largo del cordón espermático. Es más frecuente del lado izquierdo.

Cuadro clínico

- Várice pequeña que solo se evidencia en posición supina (Grado I).
- Se detecta en posición de decúbito, de tamaño medio: 1 a 2 cm. de diámetro (Grado II).
- Mayor de 2 cm. de diámetro, asociado a disminución del tamaño testicular (Grado III).
- Los grados II y III presentan venas visibles, agrandadas y retorcidas en el escroto.
- Suelen ser indoloros.
- Pueden cursar con aumento del volumen (edema) del escroto.

Recordar

- **Referir** a mayor nivel de atención, para su seguimiento periódico, valoración por especialista para una decisión quirúrgica.

Criptorquidia

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

Cuadro Clínico

Escroto vacío uní o bilateral, suele ser asintomática.

Recordar

- Si este motivo de consulta llega a la consejería, es importante reducir la angustia en el adolescente e informar que si se diagnostica durante esta etapa, el testículo no descendido (intrabdominal) debe referirse hacia un nivel más alto de complejidad, porque debe ser extraído por el alto riesgo de malignidad (el cáncer, en estos testículos, es 50 veces más frecuente que en la población general). Además, porque ya no tiene una buena capacidad de producir espermatozoides.

Tumores del Testículo

El consejero/a debe informar sobre la importancia del auto examen testicular como método para prevenir los tumores testiculares que pueden presentarse en la adolescencia. Se debe recordar que la mayoría de los tumores del testículo, en la adolescencia, son tumores malignos, y la presencia de una tumoración amerita la consulta urgente a especialista

Los tumores aparecen generalmente solos, son sólidos y no causan dolor.

Recordar

- Que los varones generalmente no se sienten cómodos de asistir a los servicios de salud.
- Algunos se sienten más cómodos hablando con personas de su mismo sexo, otros pueden sentirse en más confianza conversando con una consejera que se preocupe por ellos.
- Cualquier momento que el adolescente llegue a una consejería en busca de información es oportuna para brindarla, siempre y cuando se respete la **confidencialidad y privacidad**.
- Promover la participación más activa de los varones que están acompañando a sus novias, esposas, parejas, sensibilizándolos sobre la necesidad que ellos también participen y compartan decisiones juntos.
- Si el adolescente acude con su pareja, brindar a cada uno de ellos la posibilidad de conversar en privado con él o la consejero/a.

Salud Mental

La salud mental se refiere al cuidado de los aspectos emocionales, intelectuales y de conducta, a lo largo de la vida.

1. Depresión y riesgo de suicidio

Los estados depresivos son frecuentes entre los y las adolescentes y deben ser explorados durante la Consejería. Aunque rara vez constituyen un motivo principal de consulta, suelen estar enmascarados por síntomas psicósomáticos.

Señales de Depresión	Situaciones y signos de alerta	Factores a explorar en la Consejería:
<ul style="list-style-type: none"> ● Disminución de la autoestima. ● Incapacidad de planificar el futuro. ● Ambivalencia del estado de ánimo. ● Cefaleas. ● Dolores abdominales difusos. ● Dismenorrea. ● Artralgias. ● Astenia. ● Traumatismos reiterados. ● Alteraciones del sueño. ● Alteraciones del apetito. ● Dificultades en el rendimiento escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansiedad severa. ● Aislamiento. ● Embarazo. ● Aborto provocado reciente. ● Caída en el rendimiento escolar o laboral. ● Abandono de la escuela. ● Disfunción familiar o divorcio. ● Orientación homosexual. ● Enamoramiento melancólico. ● Deficiencia mental leve o moderada. ● Enfermedades crónicas en el/la adolescente o su familia. ● Enfermedad terminal o muerte en familiares cercanos. ● Suicidio de familiar o ser querido. ● Profunda insatisfacción con el cuerpo. ● Maltrato físico o abuso sexual. ● Promiscuidad sexual. ● Abuso de alcohol y/o consumo de drogas. ● Intento de suicidio previo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan o ideación suicida. ● Intentos de suicidios. ● Conductas desmedidas y transitorias ante situaciones de estrés o adaptación de la adolescencia. ● Suicidios en su entorno (amigo o familiar). ● Consumo de estimulantes. ● Depresión mayor.

Recordar

- Todos los /as adolescentes deprimidos durante la Consejería, se deberán **referir** hacia trabajadores/as de salud mental, de preferencia con experiencia en el trabajo con adolescentes. La referencia puede ser hacia la unidad de salud que cuente con este recurso o a una ONG que trabaja en el sector.
- Es importante abordar en este caso a la familia ya que el 65% de los intentos de autoeliminación (IAE) se asocian con depresión, pero generalmente quedan enmascarados en conductas transgresoras y descontrol en el comportamiento.
- Los IAE son la tercera causa de muerte en varones y la cuarta en mujeres de 15 a 24 años, siendo la morbilidad por intento de suicidio aún mayor.

Importante

- La mayoría de los y las adolescentes que se suicidan han dado señales previas, verbalizando su deseo de morir, amenazando con suicidarse, o han tenido conductas auto agresivas.
- Luego de un primer IAE, es necesario alertar a la familia sobre un nuevo intento, en los 12 meses siguientes.
- Al evaluar a un/a adolescente, podrá constatar dos tipos de situaciones: una corresponde a las llamadas situaciones y signos de alerta de suicidio, en los que se puede realizar un control estricto de el/la adolescente mientras se realiza el contacto con el equipo de salud mental.
- La otra opción es encontrar indicadores de riesgo inminente de suicidio; en este caso, debe actuarse rápidamente para contactar a el/la adolescente con el equipo de salud mental, pudiendo. En ambas situaciones deberá **referir** con urgencia.

Informar al Adolescente:

- La depresión es una enfermedad que corresponde a los síntomas que él o ella tiene; que con frecuencia existe de fondo la ideación suicida; que es un estado limitado en el tiempo y responde al tratamiento.
- Dar confianza, explicándole que la asistencia por un personal calificado es ideal para atenderle.
- Evitar el aislamiento, no interrumpir las clases ni las actividades sociales.
- La importancia de proporcionar el nombre y datos de tres adultos, para contactar en caso de necesidad.
- Negociar con él o ella la forma de dar a conocer el problema a sus padres.

Los casos de depresión e intentos de autoeliminación deben ser abordados desde un punto de vista multidisciplinario: psiquiatra, terapeuta y abordaje con soporte familiar.

2. Consumo de tabaco, alcohol y drogas

El tabaco, alcohol y las drogas no son una cuestión puramente personal sino del colectivo, ya que afectan casi siempre al individuo, su familia, la comunidad y atentan contra la salud pública. Son muy pocos los adolescentes que consultan por consumo excesivo de tabaco, alcohol o drogas. En general, los y las adolescentes buscan apoyo cuando el consumo ha generado un problema en su entorno.

Las adicciones constituyen una patología de vínculo. Ya no solo importan las características propias de las drogas ni el sujeto; lo que importa es la forma anómala como la persona se relaciona con la droga.

Dicha relación puede ser de diferentes formas:

1. Consumo ocasional o experimental que no implica dependencia o adicción y que suele ser esporádico.

2. Consumo habitual o crónico, cuando la relación droga - persona es de tipo adictiva y completa.

3. Uso indebido es el consumo de una sustancia que no es legal; o el uso de una sustancia legal pero con un propósito diferente para el cual fue elaborada; o el uso de sustancias que si bien son legales o socialmente aceptadas, se consumen en situaciones de irresponsabilidad (p. ej. alcohol y conducción de vehículos).

4. Abuso es el uso excesivo, persistente o esporádico de alguna sustancia sin relación con el uso médico aceptado.

5. Dependencia, que puede ser psíquica o física. Se entiende por dependencia psíquica el estado en que una sustancia produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que lleva a usarla continuamente, para experimentar placer o evitar un malestar.

6. La dependencia física es la incorporación de la sustancia a la fisiología del individuo, que se caracteriza por la aparición de síntomas físicos cuando se disminuye o interrumpe el consumo de la sustancia (síndrome de abstinencia).

Al enfrentarnos con problemas de adicciones debemos tener en cuenta la interacción que se produce entre el individuo, la droga y el medio.

Acciones del Consejero/a	Explorar (CETE)
<p>Identificar a los y las adolescentes que consumen drogas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Faltas reiteradas a la escuela. ● Alteraciones de la conducta, sanciones disciplinarias en la escuela. ● Alteraciones permanentes del humor: irritabilidad, hostilidad, sobrevaloración. ● Convivencia con amigos/as consumidores/as de drogas. ● Ausencias reiteradas del hogar sin previo aviso. ● Actitud tolerante hacia el consumo de tabaco, alcohol y drogas. ● Alejamiento de las relaciones familiares. ● Mentiras reiteradas.
<p>Detectar los que están en riesgo de consumirla.</p>	<p>La detección de vulnerabilidad se basa en información sobre la interacción familiar, rendimiento escolar, relación con pares y autoestima.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inmadurez psicoafectiva. ● Dificultad para postergar las propias demandas. ● Pocas posibilidades de espera o mediación en el logro de los objetivos. ● Mala tolerancia a las frustraciones. ● Dificultad para reconocer y respetar los límites. ● Mal control de los impulsos. ● Considerable alteración en los sistemas de intercambio con el mundo. ● Tendencia de relaciones conflictivas con la realidad impuesta. ● Frecuente refugio patológico en la fantasía. ● Incapacidad o dificultad para organizar el tiempo con base en conductas adaptativas. ● Vínculos primarios y precarios, afectiva y socialmente
<p>Educar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● La alta capacidad adictiva del tabaco, el alcohol, las drogas, y las dificultades que implica intentar dejar el hábito. Por tal motivo, apóyese en el mensaje preventiva "mejor no probar". ● Cómo evitar el consumo pasivo de tabaco. ● La construcción de una identidad autónoma y conciencia crítica frente a la presión de los pares y la publicidad. ● La adquisición de hábitos saludables y apoyo de aspectos positivos (p. ej. no fumar, no tomar alcohol, hacer ejercicios, ver televisión, conversar con los amigos/as, bailar, tocar instrumentos como la guitarra, pintar).

<p>Fomentar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La autoestima de los y las adolescentes a partir de pequeños logros personales y sociales, fáciles de reconocer por sí mismos y por su entorno. • Las acciones dirigidas a evidenciar que el fumar es un comportamiento inadecuado. • Las acciones dirigidas a demostrar que el tomar alcohol es un comportamiento inadecuado. • Los modelos adultos positivos.
<p>Informar sobre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La morbilidad y mortalidad que genera el uso de: tabaco (cáncer de pulmón, cuello de útero, bronquitis, enfisema, enfermedades cardiovasculares, infarto). Alcohol y drogas (accidentes, suicidios, abuso sexual, asesinatos, enfermedades cardiovasculares). • Los aspectos negativos del uso de tabaco, de acuerdo con algunos valores considerados por los/as adolescentes como: <ul style="list-style-type: none"> • apariencia física (olor desagradable, dientes amarillos, mal aliento y dedos manchados). • Manipulación que logra la publicidad al promover mensajes falsos de atracción física y capacidad para los deportes; reducción de la capacidad deportiva y alto costo. • La relación entre consumo de alcohol y drogas y los riesgos de lesiones por causas externas e infecciones de transmisión sexual. • Las diferencias entre el uso experimental y la adicción.

Recordar

- La **referencia** a un grupo de autoayuda y/o para hospitalización.
- Ofrecer ayuda específica a la situación de consumo y a la edad de cada adolescente.
- Atención interdisciplinaria por médico, psicólogo, psiquiatra y trabajador social donde sea posible.
- Enfatizar en la **confidencialidad** de la consejería, aclarando que de la información obtenida se puede requerir el apoyo de los padres.
- Solicitar el nombre de tres personas a quienes avisar en caso de emergencia.
- Promover la participación en grupos de recreación o de trabajo en la comunidad.
- Proporcionarle los teléfonos donde puede buscar apoyo.

3. Trastornos del sueño, insomnio y síndrome de fatiga crónica

Son trastornos frecuentes en la práctica con adolescentes. Se deberán valorar causas orgánicas (p. ej. diabetes, disfunción tiroidea, anemia, etc) y psicológicas (p. ej. ansiedad, depresión, consumo de sustancias). En estas situaciones, se hará **referencia** a la persona o unidad de salud de mayor resolución.

Si no hay causas aparentes se sugiere:

- Evitar el uso de medicamentos para el sueño.
- Reeducación del sueño.
- Ejercicio físico regular.
- Técnicas de relajación.
- Dieta adecuada, evitando cafeína, tabaco y alcohol.
- Puede ser necesario interconsulta con trabajador de salud mental.

Trastornos nutricionales

1. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia

Son trastornos de la conducta. Se presentan con mayor frecuencia en adolescentes mujeres. De estos trastornos, 95% se producen entre el principio y el final de la adolescencia. Se asocian a factores culturales, psicológicos, emocionales y económicos, con una prevalencia creciente en los últimos 20 años.

En general, los y las adolescentes no van a consulta por voluntad propia, sino que son llevados a la atención médica por cuadros clínicos como por ejemplo anemia, adelgazamiento, depresión y amenorrea. Las causas de muerte y su gravedad están dadas por alteraciones cardíacas graves y suicidio.

Tipo de anorexia nerviosa:	Observar y explorar:	Tipo de bulimia nerviosa:	Puede presentarse:
<p>Restrictiva: Durante este episodio él o la adolescente no ha pasado por un periodo de comer compulsivamente ni ha estado usando laxantes o diuréticos o induciendo el vómito.</p> <p>Purgativa: El o la adolescente ha estado comiendo por momentos grandes cantidades e induciendo el vómito o tomando laxantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea. • Anemias leves. • Deshidratación. • Bradicardia. • Lanugo. • Hipotensión/hipotermia. • Sequedad de la piel y el cabello. • Hipertrofia de glándulas parótidas. • Signo de Russell (callos en las manos por vómitos). • Gravedad de condición física. • Evaluar disfunción familiar. • Alteraciones de las medidas antropométricas, peso, talla, pliegue cutáneo, circunferencia del brazo). 	<p>Purgativa: Las conductas compensatorias consisten en inducir los vómitos y emplear laxantes y diuréticos.</p> <p>No purgativa: Las conductas compensatorias consisten en realizar ejercicio físico intenso y/o ayuno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones hidroelectrolíticas • Pérdida del esmalte dental • Irregularidades menstruales • Hipertrofia de glándulas parótidas • Signo de Russell • Pueden encontrarse alteraciones de las medidas antropométricas (peso, talla, pliegue cutáneo, circunferencia del brazo). • Pequeñas roturas vasculares en mejillas y debajo de los ojos (petequias).

2. Trastornos nutricionales: desnutrición

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

Las carencias más importantes son las calóricas, proteicas y de micronutrientes (hierro, yodo y folatos). Los y las adolescentes, en fase de crecimiento y desarrollo, tienen requerimientos nutricionales altos.

Debe tenerse en cuenta, además, que en caso de realizar intensa actividad física (atletas) o durante el embarazo, estos requerimientos son aún mayores. La desnutrición constituye un factor de riesgo adicional perinatal para las madres adolescentes, lo que implica mayor morbilidad y mortalidad perinatal.

Causas de desnutrición aguda en adolescentes	Causas de desnutrición crónica en adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> ● Intoxicación alimentaria. ● Diarrea aguda. ● Trastornos psiquiátricos agudos. ● Diabetes mellitus. ● Hipertiroidismo. ● Abuso de laxantes y diuréticos. ● Vómitos del embarazo. ● Cirugía, traumatismo, sepsis. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bajos ingresos. ● Actividad deportiva excesiva. ● Bulimia, anorexia. ● Maltrato físico/sexual. ● Infecciones crónicas (tuberculosis, VIH). ● Parasitosis (helmintiasis, giardiasis). ● Consumo de drogas. ● Abuso de alcohol. ● Enfermedades crónicas (insuficiencia renal, hepática, cardíaca). ● Enfermedades malignas.

Durante la Consejería se deberá poner atención en las señales de desnutrición de los y las adolescentes, principalmente en las mujeres, en las que los estereotipos sociales tienen un factor físico y emocional, afectando en muchas ocasiones su autoestima.

Qué observar	Qué hacer
<ul style="list-style-type: none"> ● Alteraciones de las medidas (peso, talla, pliegue cutáneo, circunferencia del brazo). ● Cabello debilitado, opaco, pérdida de cabello. ● Descamación de la piel, pérdida de grasa subcutánea, edemas, conjuntivas opacas, dermatitis seborreica, heridas que curan mal, queratosis, fisuras angulares de la boca y de la lengua, queilosis, hipertrofia de parótidas, encías sangrantes. ● Pubertad retardada, amenorrea. ● Disminución de masa muscular, fatiga, calambres. ● Desorientación, trastornos mentales, depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Investigar posibles causas. Existen causas colectivas que superan a las acciones que se pueden emprender desde el Ministerio de Salud. En estos casos es necesaria la coordinación intersectorial (estado, sociedad civil y otras organizaciones) para la realización de dichas acciones. ● Contactar un adulto que pueda apoyar (familiar, no familiar) y referir a la nutricionista o alguna ONG s donde brindan esta atención.

3. Obesidad

En la actualidad, las/os adolescentes tienden al consumo irregular de alimentos, al abuso de consumo de comidas rápidas, y muchas veces a una dieta sin equilibrio por defecto, o por exceso de macronutrientes. Esto da origen a cuadros como obesidad, malnutrición, anemia, déficit de minerales, vitaminas, y trastornos como la bulimia y el síndrome de temor a la obesidad.

La obesidad es un problema con una tendencia mundial al aumento del índice de masa corporal. Esto acarrea consecuencias amenazadoras para la salud, ya que está comprobado que la obesidad, intolerancia a la glucosa, e hipertensión arterial llevan a un aumento de muertes por patologías cardiovasculares.

Los y las adolescentes obesas presentan grandes temores, uno de ellos es la **no aceptación** por su grupo de pares que genera angustia, inseguridad y desconfianza. Si ante esta situación no encuentra factores protectores, se deteriora la autoestima, incrementando su vulnerabilidad.

Tipos de Obesidad	
Exógena (90%)	Endógena (10%)
<ul style="list-style-type: none"> • Historia de sedentarismo • Obesidad familiar con tendencia a la depresión • Difícil integración social, sobrealimentación y dependencia. • Inicia en la pubertad 	<ul style="list-style-type: none"> • Se produce como consecuencia de una patología como hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hiperinsulinismo, por traumatismo, infección, estrés.

Recordar
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar e informar acerca de los riesgos y esperar el consentimiento de el/la adolescente para desarrollar un plan conjunto. • Planificar a seis meses para identificar sus fortalezas y poner límite incremento de peso. • Asistencia a la consejería cada 15 días, donde sea posible. • Abordaje interdisciplinario de nutricionista, psicólogo y asistente social. • Trabajar durante la consejería en la autoestima e integración social. • Reeducción sobre las conductas alimentarias. • Psicoterapia familiar. • Reflexión sobre modelos culturales de la esbeltez impuestos para la mujer y el varón. • Brindar información sobre los beneficios de la actividad física. • Evitar los riesgos del uso de drogas en adolescentes que practican actividad física deportiva, (el fumar o tomar alcohol u otro tipo de drogas durante las actividades deportivas, para celebrar triunfos o derrotas o el simple hecho de hacer lo que otros le indican). • Que los y las adolescentes deben realizar al menos 60 minutos (y hasta varias horas) de actividad física para evitar problemas nutricionales.



Ejercicios de autorreflexión - orientaciones

A continuación se presentan varios ejercicios de autorreflexión que le ayudará a conocer mejor: ¿cómo reaccionaría ante determinadas situaciones que presenten los adolescentes?; ¿qué respuesta daría?; ¿cuáles son las ideas o imágenes previas (pre-conceptos) que tiene sobre los adolescentes? para superar los aspectos que considere pueden interferir durante la consejería.



Objetivo

Identificar las fortalezas y limitaciones para mejorar las habilidades como Consejero/a.



Materiales

Hojas de Ejercicios de Autorreflexión, lápiz de grafito, resaltador.



Duración

El tiempo de cada ejercicio de autorreflexión depende de su habilidad para pensar en las alternativas que daría ante las situaciones planteadas, lo ideal es que como máximo tarde 30 minutos; este es el tiempo ideal que puede durar una consejería para adolescentes.



Procedimiento

1. Debe preparar un lugar para responder cada pregunta del ejercicio (ya sea en su casa, en la unidad de salud o en algún lugar de la comunidad; donde te sientas cómodo, imaginando cada situación o pregunta para responder con honestidad cada una de ellas. Vuelva a su etapa de adolescencia y llene los ejercicios.
2. Después de realizar cada ejercicio señale con el resaltador que aspectos son los que pueden interferir de manera negativa en la Consejería.
3. Toma un tiempo después de hacer las consejerías para hacer los ejercicios nuevamente, así descubrirá como poco a poco los aspectos negativos identificados en el primer momento se van mejorando. Si desea compartir con algún miembro de la familia, o colegas, amigos/as puede hacerlo; así recibirá sugerencias que le ayuden a ser día a día mejor consejero/a.
4. Describa todas las ideas posibles que se vienen a su mente para buscar las respuestas a cada ejercicio, pensando que en ese momento tiene un adolescente que está platicando algo relacionado con ese tema.
5. Busque en las conclusiones, al final de cada ejercicio, la importancia de responder uno a uno cada planteamiento.

Ejercicios de autorreflexión



Ejercicio de autorreflexión No.1

“Algunos problemas en mi desarrollo...cuando fui adolescente”



Objetivo:

Recordar los sentimientos que experimente frente algunos problemas que viví en mi adolescencia, que me ayuden a entender como consejero/a a otros y otras adolescentes



Orientaciones:

Marco con una “X” las situaciones que sucedieron en mi adolescencia y la frecuencia. Siempre: es que lo sentí en muchas ocasiones; casi siempre: más de una vez y nunca: no me ocurrió.

No.	Afirmaciones	Siempre	Casi Siempre	Nunca
1	Me miraba al espejo para comprobar si mi cuerpo estaba aumentando de peso y estatura			
2	Tuve problemas con mi alimentación diaria			
3	Me gustaba leer sobre cómo mantener mi cuerpo saludable y atractivo			
4	Me incomodaba que mis padres y otros familiares se entrometieran en mi desarrollo sexual			
5	Si me salían espinillas en la cara sentía que era “lo peor que me podía pasar”			
6	El hecho de tener que salir a la calle con acné fue muy difícil para mi			
7	Conversaba con mi padre y madre sobre mi problema con el acné			
8	Me sentía a gusto con el resto de mi cuerpo que no presenta problemas			
9	Compartía mis alegrías y mis preocupaciones con otras personas.			
10	Me agradaba que mis padres se preocuparan por mi alimentación.			

Recordar

- La mayoría de adolescentes piensan que los cambios que se presentan en la etapa de adolescencia “son los más horribles”; “son únicos”; “nadie más los ha vivido”; por lo que llegarán muy angustiados/as ante situaciones similares a las planteadas en el ejercicio; por lo que ahora que ha recordado su etapa, siente que puede ayudar a otros/as adolescentes durante la consejería.

Preguntas de Reflexión:

- ¿Se ha sentido identificado/a con alguna de estas situaciones?
- ¿De qué manera recordar lo que ha vivido le puede servir para ser consejero/a?
- ¿Se siente preparado para enfrentar cualquiera de estas situaciones?

Preguntas que pueden hacer los y las adolescentes:

Adolescente: ¿qué puedo hacer para mantener una buena alimentación?

Consejero/a: los adolescentes frecuentemente están muy ocupados en la escuela, el trabajo y las actividades deportivas; por eso es importante que si no puedes estar en la casa a la hora de las comidas; lleva con vos frutas, refrescos naturales o comidas que prepares en tu casa antes de salir. Esto evitará que consumas comidas poco saludables.

Si estás comiendo mucho o muy poco puede afectar tu crecimiento. Si estás preocupado acerca de tu forma de comer o lo que estás comiendo busco información de cuáles son los mejores alimentos para tener un crecimiento sano.

Adolescente: ¿sobre qué puedo hacer para evitar el acné?

Consejero/a:

1. Mantener limpia la piel. Debes lavar tu rostro muchas veces al día y siempre mantener a mano algo para limpiar el sudor del rostro (un trapo limpio, toallita, servilleta o pañuelitos desechables). También puedes hacerte una limpieza en la cara cada 15 días si tu acné no es muy severo.
2. No tocar los granos. Ni frotarlos por más que provoquen picazón. Tampoco apretarlos y mucho menos con las uñas ya que pueden producir infección.

Alteraciones de la piel

1. Hirsutismo

Es el apareamiento de pelos terminales, largos y pigmentados, en áreas normalmente lampiñas en la mujer, como cara, tórax, abdomen, línea alba, región supra púbica y antebrazos. Se debe diferenciar de hipertricosis, que es el crecimiento excesivo (mayor de lo que se considera estético) de pelo largo, grueso y pigmentado en las áreas donde ellos normalmente existen, como brazos y piernas. Es una consulta frecuente de algunas adolescentes que produce alteraciones emocionales, en casos graves hasta el aislamiento.

Qué hacer	
Preguntar	Observar
<ul style="list-style-type: none"> Se intentará determinar si el hirsutismo es de reciente aparición o se mantiene desde las etapas iniciales del desarrollo. Frente a cambios en una adolescente previamente normal, se deberá buscar una causa adquirida. Es importante que él o la consejera, pregunte sobre los ciclos menstruales (mucho o poco sangrado, por poco o mucho tiempo, con dolor o sin dolor, amenorrea). Consultar sobre los medicamentos que está tomando ya que algunos pueden provocar hirsutismo (andrógenos, glucocorticoides, etc). 	<ul style="list-style-type: none"> Si el vello es generalizado, no está vinculado y es de carácter familiar. Si el vello se asocia con elementos de virilización como cambios de la voz, aumento de masas musculares y aumento del tamaño del clítoris, se deberá descartar el origen en un tumor ovárico o suprarrenal.

Recordar
<ul style="list-style-type: none"> Lo ideal es referir a las adolescentes con hirsutismo al especialista. En algunos casos seleccionados, especialmente vinculados con problemas de accesibilidad a los especialistas, se podrá iniciar el tratamiento y estudio en el primer nivel de atención por parte del personal médico. Sugerir tratamientos cosmetológicos mientras no se resuelve el problema definitivamente. Este es un aspecto que no se debe descuidar, ya que el hirsutismo suele provocar trastornos emocionales y aislamiento de las adolescentes.

2. Acné

Enfermedad de la unidad pilosa de tipo inflamatorio, que se caracteriza por comedones, pápulas, pústulas, nódulos y que puede dejar cicatrices.

En 80% a 90% de los casos aparece en la adolescencia y se inicia poco antes de la pubertad. Afecta la autoestima de el/la adolescente y sus interacciones sociales. Para evitar las cicatrices físicas y emocionales que puede ocasionar el acné, se debe tratar la enfermedad antes de que avance.

Qué observar	Qué sugerir
<ul style="list-style-type: none"> • Comedones sin signos inflamatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la piel limpia. • Evitar usar cosméticos y productos que obstruyan los poros. • No manipular ni pellizcar la zona. • Aplicación tópica con peróxido de benzoilo.
<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación moderada, comedones, pápulas, a veces pústulas 	<ul style="list-style-type: none"> • Además de lavar la cara todas las noches, es conveniente el uso de antibióticos locales. referir al Equipo de Atención Integral en Salud con el médico. Los de elección son la eritromicina y clindamicina que eliminan el corynebacterium acnes.



Sexualidad

1. Salud sexual

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone un nuevo marco conceptual para la salud sexual que incluye un enfoque centrado en el desarrollo humano, dentro del contexto de la familia, la cultura y el medio ambiente. Este marco conceptual plantea centrarse en el desarrollo saludable, con la salud sexual y el desarrollo como un componente integral de la salud en general.

Un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. Una conducta sexual saludable implica una madurez psicológica y cognitiva que permite a la persona tomar decisiones que no coloquen en riesgo su salud.

Las y los adolescentes sexualmente saludables son capaces de comunicarse con su familia, de interactuar con sus pares en forma respetuosa y de expresar su amor e intimidad de manera apropiada. Comprende las consecuencias de su conducta sexual especialmente con referencia a los cuidados relativos a la reproducción y las infecciones de transmisión sexual. La adolescencia es un momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad.

Aspectos a explorar durante la Consejería	Preguntas de apoyo
<p>Capacidad de intimar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Conoce algún muchacho/a por quien sentís deseo, atracción o enamoramiento? • ¿Tenes o has tenido algún novio o novia? • ¿Qué muestras de afecto estás dispuesto/a a aceptar en tu noviazgo? • ¿Has sentido celos alguna vez? • ¿Cómo los maneja?
<p>Salud sexual y reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿A qué edad tuviste tu primer sangrado menstrual? • ¿Has tenido relaciones sexuales? • ¿A qué edad fue tu primera relación sexual? • ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? • ¿Sentís placer al tener relaciones sexuales o tenes algún temor? • ¿Te has masturbado o te masturbas? • ¿Has tenido algún problema de función sexual? • ¿Cuál es tu orientación sexual? • ¿Tenes información sobre la menstruación? • ¿Cuándo fue tu última menstruación? • ¿Tus ciclos menstruales son regulares? • ¿Conoces y usas métodos anticonceptivos? ¿Cuáles? • ¿Conoces y usas el condón como método de doble protección? • ¿Has estado embarazada? • ¿Has embarazado a alguna compañera? • ¿Qué sentimientos te causó esta situación? • ¿Sabes lo que es una infección de transmisión sexual? • ¿Cuáles conoces? • ¿Conoces sus síntomas? • ¿Conoces del VIH/sida? • ¿Sabes cómo se transmite? • ¿Conoces que hacer para evitarlo?

Aspectos de Género	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es la relación en tu familia con los hijos y con las hijas? • ¿Sentís alguna diferencia? • ¿Qué hacen tus hermanos en un día normal? • ¿Qué hacen tus hermanas en un día normal? • ¿Quién decide sobre lo que hacen en la familia los hombres y las mujeres? • ¿Qué mensajes les dan a tus hermanas cuando van fuera de la casa? • ¿Qué mensajes les dan a tus hermanos cuando van fuera de la casa?
Violencia	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué pensás de la violencia? • ¿Has sufrido abuso sexual y/o violencia?
Indicadores de Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • El inicio precoz de las relaciones sexuales sin protección aumenta el riesgo de contraer ITS y VIH/sida, y de embarazo no planeado. • Cambios frecuentes o múltiples parejas sexuales aumentan los riesgos de contraer ITS y VIH/sida, así como cáncer de cuello uterino. • Las personas que fueron abusadas sexualmente tienen tendencia a ser abusadores.

Integra: sexo natal, identidad de género, rol de género, orientación sexual, erotismo, atracción, amor y reproducción.

Componentes de la Sexualidad

(necesarios para tener una vivencia plena de la sexualidad):

a) Vínculo Afectivo: relaciones que se establecen con las otras personas (por ejemplo con la familia, las amistades o la pareja) y las que se tienen con una/o misma/o, a partir de la sexualidad.

b) Erotismo: posibilidad de disfrutar, sentir amor y placer a través del cuerpo y los cinco sentidos, sin miedo, vergüenza, ni culpa. La vivencia del placer no se deriva únicamente de los órganos genitales y de las prácticas sexuales, sino también de otras actividades (bailar, caminar junto a alguien especial, etc.).

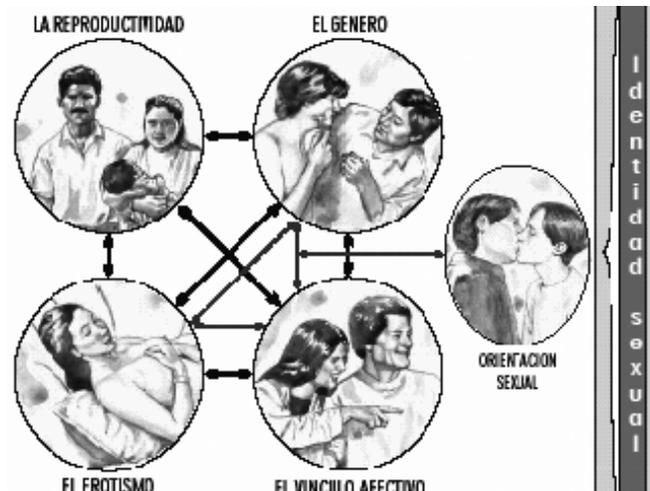
c) Reproductividad: posibilidad de procrear. Capacidad de la persona para tener hijos/as, respetando los derechos de la pareja por decidir cuándo, donde, con quien y cuántos hijos/as tener.

2. Sexualidad

Es el conjunto de características biológicas, es decir, (del cuerpo), psicológicas (de la manera de sentir y pensar) y sociales (de las relaciones con otras/os y de la cultura en la que vivimos) que nos permite entender el mundo y vivirlo, como hombres o como mujeres. No se refiere solamente a las partes genitales o aparatos reproductivos del cuerpo, también tiene que ver con las relaciones que establecemos con las otras personas y con nosotras/os mismas/os.

Se expresa en:

- Pensamientos y conocimientos
- Fantasías
- Deseos
- Creencias culturales
- Actitudes y habilidades
- Actividades
- Afectos
- Comportamiento práctico
- Comunicación
- Sentimientos
- Emociones



d) Genero: comportamientos y roles que la sociedad transmite sobre lo que significa “ser hombre” (lo masculino) o “ser mujer” (lo femenino). No se trae desde el nacimiento, sino que es aprendido.

e) Identidad Sexual: todos los aspectos mencionados anteriormente están relacionados a un concepto muy amplio, llamado “identidad sexual”.

La identidad sexual, tiene al menos cuatro dimensiones:

1. Sexo natal
2. Identidad de género
3. Rol del género o del sexo
4. Orientación sexual

1. Sexo natal:

Es el sexo biológico y se refiere a las características físicas y corporales de ser hombre o mujer al momento de nacer. Se refiere a los órganos femeninos o masculinos con los que nacemos.

2. Identidad de género:

Se refiere al sexo psicológico como ser masculino o femenino. Es la convicción íntima y sólida de pertenecer a uno u otro género. En este caso pueden presentarse algunas variaciones que como Consejero/a hay que estar preparado/a para asumir como una expresión de la sexualidad:

- **Transgénero:** Es una persona cuya identidad propia (como se identifica a sí mismo/a) no corresponde con las tradicionales del género y la sexualidad. Los transgénero incluyen a transexuales y a otros que no se han

ajustado a las definiciones tradicionales de “masculino o femenino” o “heterosexual y homosexual”.

- **Transexual:** Es una persona cuyo sexo de nacimiento no armoniza con su identidad de género y quien por la reasignación quirúrgica de su género tratamientos hormonales ha cambiado su cuerpo físico para armonizar con su identidad de género. La orientación sexual del transexual puede ser heterosexual, homosexual o bisexual (pre operado, post operado, etc.)
- **Trasvesti:** Muchos individuos son considerados hombres y heterosexuales, y les gusta vestirse con ropas de mujer. Travesti significa, “trans” (cruzar) “vesti” (vestido). Esto no significa necesariamente que son homosexuales.

Pueden hacer esto por una variedad de razones, incluyendo el ser transgénero o usar ropa femenina para sentir bienestar o por sentir la transición a ser un transexual. También pueden hacer esto por excitación o placer sexual. Si cambian sus genitales biológicos a través de la operación quirúrgica, serán transexuales.

3. Rol del género o del sexo

Los roles de género se refieren a cómo comportarse como hombre y como mujer. Son el conjunto de conductas y actitudes que, dependiendo de factores índole biológico a lo socio cultural, configuran un estilo de comportamiento sexual propio de un determinado género. En nuestra sociedad, hemos construido estos roles de género, también llamados roles de sexo (no es algo biológico ni natural). Son construcciones sociales de cómo los niños deben comportarse, con qué juguetes deben jugar, qué colores usar para pintar su cuarto, cómo los vestimos, quién hace las tareas en el hogar, quién lava los platos, quién prepara la comida, quién cambia al bebé, cómo deben hablar, caminar, vestirse, elegir carreras, etc.

Los roles de género afectan las carreras que elegimos. Por ejemplo, los roles tradicionales de género dicen que los hombres hacen trabajo manual, construcción y manejan camiones, y las mujeres se vuelven profesoras, enfermeras o dueñas de casa.

Los estereotipos tradicionales dicen que “los hombres no lloran”, que “son valientes y fuertes” y “protectores de las mujeres”. Las mujeres, en cambio, “mantienen la unión de la familia”, “llevan la paz al hogar”, etc.

Los textos de escuela y la comunicación refuerzan los roles tradicionales de género.

4. Orientación Sexual:

Se refiere a la atracción sexual que nos inspira una persona, sea hombre o mujer.

a. Homosexual (del griego "mismo sexo"): atracción exclusiva por personas del mismo sexo.

b. Bisexual: (del latino "dos sexos"): atracción hacia ambos sexo. Una excusa de algunas personas para minimizar sus atracciones y comportamiento homosexual.

c. Heterosexual (del griego "otro sexo"): atracción exclusiva hacia el otro sexo.

La orientación sexual implica:

- seguridad de comportamiento y ser sexual
- como nos definimos a nosotros/as mismos/as
- a quien queremos tener más cerca
- a quien deseamos tocar
- cuando deseamos besar
- quien nos atrae o excita
- es decidir cómo y con quien queremos vivir la vida
- las familias
- es enamorarse...
- es ilusión, son sueños, son esperanzas...
- a quién amamos y con quién nos unen las experiencias más profundas y plenas como seres humanos.
- comportamientos
- sentimientos
- fantasías
- el género con el que me identifico

Recordar

- Las ideas, valores y sentimientos que se tiene de la sexualidad y las formas de vivirla están determinadas por todos los mensajes o discursos que provienen de afuera y que se ha ido incorporando al propio modo de pensar, sentir y actuar.
- Muchos y muchas adolescentes pueden entender que la sexualidad tiene que ver con los genitales, o la reproducción; lo que puede crear culpas, miedos o rechazos y entonces prefieren ocultar todas sus necesidades y experiencias relacionadas con este tema.
- La importancia de entender la sexualidad integralmente, brinda la posibilidad de vivirla plena, responsable y sanamente.

Situaciones que Preocupan a los y las adolescentes, relacionadas con la sexualidad

Deseo sexual

- Es una sensación de impulso sexual ocasionada por estímulos externos que en algunas situaciones se satisface con una relación sexual, o también con la auto estimulación de los órganos genitales (masturbación).

Erección

- Es la forma como el pene reacciona ante la excitación sexual, es una respuesta a un estímulo sexual. Por lo tanto, cuando el hombre se excita el pene se hace más largo, grueso y sensible, aumenta su tamaño y consistencia (se pone duro).

Eyaculación

- Es la expulsión del semen o líquido que contiene espermatozoides a través del pene por causa de la excitación sexual, acompañada de una sensación de placer. Generalmente las primeras eyaculaciones se experimentan durante los sueños eróticos que son impulsados por el deseo y las fantasías sexuales. A las primeras eyaculaciones se les llama semenarquía.

Menstruación

- Comúnmente la llaman "la regla", el "periodo" o la visita. Es el sangrado que cada mes tiene la mujer a través del cual expulsa fuera del cuerpo, por la vagina, el endometrio y el ovulo no fertilizado. La mujer no menstrua por el mismo orificio por donde orina, son conductos diferentes.

Cambios en los senos o mamas

- Están relacionados con las hormonas que produce el cuerpo de la mujer, pueden provocar malestar durante la ovulación o en el embarazo y la lactancia. Pero si la adolescente identifica en una zona específica gracias al autoexamen- dolor, enrojecimiento de la piel en las mamas, abultamientos o salida de líquido por el pezón sin estar embarazada, se debe referir a la unidad de salud más cercana para una mejor valoración.

Masturbación

- Actividad mediante la cual una persona estimula sus genitales y otras partes del cuerpo para sentir placer. Masturbarse es una decisión personal y no un comportamiento que pueda calificarse como bueno o malo. No trae consecuencias negativas para la salud ni para la reproducción.

Orgasmo.

- Es una intensa sensación de placer físico que se experimenta cuando se llega al máximo nivel de la excitación y estimulación sexual. Las características de un orgasmo son las contracciones musculares rítmicas a nivel genital. Estas contracciones son sumamente placenteras para ambos sexos y producen una sensación de alivio y relajación. Después de ellas, el hombre y la mujer presentan una sensación de bienestar, afecto mutuo, sensación agradable de agotamiento y somnolencia que los lleva a quedarse dormidos después del acto sexual.

Virginidad

- Veamos las definiciones de varios diccionarios. 1) Se dice de una persona que no ha tenido relaciones sexuales 2) Que no ha sido transformado por nadie 3) Integridad corporal de quien no ha conocido trato carnal. 4) Pureza. Culturalmente se ha entendido el término virginidad como no haber tenido relaciones sexuales. En el caso de las mujeres lo relacionan con mantener el himen (membrana a la entrada de la vagina) completo, es decir no haber tenido relaciones genitales.
- El significado que cada persona le da a la virginidad puede influenciar la manera como vive la sexualidad. Actualmente el término virginidad ha sido cuestionado y revaluado, ahora se utiliza inicio de relaciones sexuales.

Recordar

- Hay mujeres que nacen sin himen.
- Hay mujeres que lo tienen pero ya está perforado, y no, por algún "pene errante".
- Hay mujeres que tienen el himen "como un chicle de elástico" y no sangra, llamándose himen complaciente.
- De esta forma y por estos motivos: No siempre que se tiene la primera relación sexual coital la mujer tiene que sangrar.

Por lo general, la primera relación sexual, la pérdida de la virginidad, suele estar rodeada de miedos y temores. Esto es común al tratarse de una experiencia desconocida. El principal temor de las mujeres es el dolor provocado por la ruptura del himen, temen que sus parejas las consideren inexpertas y las rechacen. Pueden tener sentimiento de culpa por motivos religiosos que casi siempre se vive de modo muy poco placentero en la primera experiencia sexual.

El Amor en la Adolescencia

A partir de la pubertad se producen importantes cambios en el cuerpo. Maduran los órganos sexuales y comienzan a desarrollarse los caracteres sexuales secundarios, que forman parte del atractivo físico de cada uno. Aparece la preocupación por lucir una apariencia determinada y por no desentonar con el grupo de pares.

"Estar enamorado", para un adolescente es querer estar todo el día con el otro. Hay un gran apego de la pareja y por lo general eligen algún lugar específico, donde transcurren la mayor parte de las horas que comparten. El enamoramiento es una vivencia propia de la adolescencia. Se considera como un aprendizaje erótico natural de la edad, permite el desarrollo personal así como el conocimiento del otro sexo.

El amor en la adolescencia suele vivirse de manera muy intensa, existe una gran ilusión del primer amor. Sin embargo, llega por una gran cantidad de expectativas que se han alimentado a través de lo aprendido en la vida, por ejemplo: En la familia, ya sea repitiendo patrones o queriendo cambiarlos totalmente, los medios de comunicación, los cuentos color de rosa, películas de amor tormentosas, telenovelas en donde mágicamente a través del sacrificio se consigue el amor de aquel que tanto nos desprecia, canciones que hablan de amores maravillosos y perfectos etc. enseñan que el amor o se sufre mucho o todo es de ensueño.

La atracción física no es suficiente para enamorarse. El enamoramiento abarca a la persona total, cómo es, cómo habla, cómo camina, qué dice, su nivel de seguridad y confianza en sí misma, su capacidad de escuchar, de entender y de aceptarse tal cual es, sin miedo a no agrandar a los demás. En realidad las personas se enamoran de quienes les gustaría ser, a veces hasta de sus amigas o amigos del mismo sexo.

El primer amor suele ser maravilloso. El sufrimiento y el placer que provoca atormentan, dejando escaso margen para hacer otra cosa. Se pierde la noción del tiempo y el pensamiento se trastorna porque sólo vemos lo que queremos ver, a una persona idealizada que en realidad no existe. La fuerza de esta emoción nos deja expuestos, vulnerables y en manos de alguien casi desconocido, sin la capacidad para mantenerse entero.

El amor se constituye como sentimiento estable. Desprenderse de las figuras paternas de la infancia, idealizadas y superiores, pone al adolescente frente a una pérdida. Como dijimos al principio, el amor se monta sobre una carencia en tanto se ilusione reencontrar, en la persona amada, el cuidado de características protectoras vivenciadas durante la infancia. Pero para sostener este amor en el tiempo, es necesario soportar el malentendido que esta ilusión provoca y permitir los cambios en la manera de relacionarse mientras se transitan las sucesivas etapas de la vida.

Es probable que en más de una ocasión te hayas enamorado o incluso estés experimentando este sentimiento que nos hace sentir que estamos en las nubes, pero ¿Por que nos enamoramos?, he aquí algunas razones.

Atracción

Es la parte "química" del amor, se relaciona con los intereses físicos que dos personas pueden tener entre sí. La atracción es la responsable del deseo que sentimos al besar. Es también lo que se encuentra detrás del nerviosismo y lo que sentimos cuando la persona que nos gusta está cerca.

Cercanía

Es la conexión que se desarrolla cuando se comparten pensamientos y sentimientos solo con la persona especial. Cuando se presenta este sentimiento de cercanía con el novio o novia, es como que la persona es apoyada, cuidada, comprendida y aceptada tal como uno es.

La confianza juega un papel importante para que se desarrolle el lazo fuerte entre dos personas, ya que están de por medio cuestiones íntimas de la pareja.

Compromiso

Es la promesa o decisión para unirse a otra persona en las buenas y las malas situaciones que atraviesen durante la relación.

Cuando se experimenta por primera vez el enamoramiento, lo primero que se siente es atracción y se quiere que todo sea como un cuento de hadas; sin embargo, hay que tomar en cuenta estos consejos:

- es casi seguro que sintás algo parecido al amor, pero todavía no lo es, por eso necesitas tiempo para madurar y acercarte a lo que se necesita para el verdadero amor.
- debido a que los sentimientos de atracción a nivel físico y sexual son nuevos, todo parece intenso, emocionante y difícil de comprender, por lo que se confunde fácilmente con el amor.

- respecto a las relaciones amorosas, al inicio de la adolescencia las y los adolescentes van descubriendo que sienten interés y atracción hacia otras personas, pero esos sentimientos se esconden y ocultan. Luego se experimentan muchos deseos de resultarle atractivo o atractiva a alguien más, por lo que pasan horas frente al espejo, buscando nuevas formas de peinarse o vestirse.

Después se vive el enamoramiento. Son muy comunes los “amores imposibles”, al enamorarse de personas mayores o inaccesibles. Esto tiene un propósito muy importante: dar seguridad; lo cual se logra al imaginar o fantasear lo que se quiere, desea y haría, sin tener que enfrentar en la realidad a la persona amada.

Generalmente en la mitad de la adolescencia se vuelven más comunes las relaciones de noviazgo, que son cortas pero muy románticas e intensas. Más adelante, las relaciones amorosas se vuelven más duraderas y estables, caracterizadas por una mayor preocupación por lo que siente y desea la pareja. En estas épocas también surge la preocupación por decidir si se tienen relaciones sexuales genitales o coitales o practican la abstinencia.

Abstinencia

Es una expresión en la cual se decide no realizar ninguna actividad sexual genital (caricias y juegos sexuales, sexo oral o anal), coital (penetración del pene en la vagina)

ni auto erótica (autoestimulación). Sin embargo, algunas personas deciden solo abstenerse de las relaciones coitales, y no de las relaciones genitales.

Con frecuencia, las personas que practican la abstinencia liberan sus impulsos y deseos sexuales a través de los sueños húmedos, en los que se experimentan eyaculaciones o lubricaciones vaginales (cuando la vagina se moja) durante las horas de sueño.

Las presiones y mensajes sociales influyen mucho sobre la posibilidad de abstenerse, ya que en el caso de los hombres esta situación es vista como falta de masculinidad. Así, los varones que no tienen relaciones sexuales genitales o coitales son catalogados de “babosos”, “poco hombres” u “homosexuales”. Mientras tanto, a la mujer se le refuerza la abstinencia, al esperar que se mantenga virgen hasta el matrimonio o que no exprese ningún tipo de deseo sexual.

De esta forma, la abstinencia puede vivirse por presión o compromiso, y no porque se desee.

También se puede creer que vivir la abstinencia es imposible, y que quienes la practican están “pasados de moda”, son raros y reprimidos.

Sí es posible practicar la abstinencia, porque todas y todos las personas tenemos capacidad para controlar nuestros deseos e impulsos sexuales. Además, las personas que deciden no tener experiencias genitales o coitales tienen un gran nivel de convicción y autoestima, porque no se dejan llevar por las presiones de otras/os.

Algunas personas creen que quienes se abstienen de las prácticas sexuales genitales o coitales, lo hacen porque no sienten ningún deseo o porque no les gusta. Vivir la abstinencia no quiere decir que se es asexual, o sea, que no se tienen intereses, deseos o necesidades eróticas. Por eso, hay que evitar situaciones que pongan en riesgo o a prueba la decisión, ya que esto podría debilitar la propia voluntad.

Es común que cuando algún adolescente se abstiene sus amigos/as le digan que “se pierde de lo bueno” y que “es tonto por no disfrutar”. La abstinencia es muy importante porque es la única forma de protegerse de un embarazo o ITS y Sida, así como de vivir una experiencia sexual para la que él o la adolescente no se encuentre preparado(a), en la cual en vez de obtener satisfacción física y emocional, experimente mucha culpa, frustración y temor. Por eso, para que el encuentro sexual sea algo placentero y positivo debe esperar al momento indicado, y sólo él o la adolescente sabe cuándo llegará ese día.

Todas estas influencias dificultan que la abstinencia pueda ser vivida como una opción libre que tienen las personas adolescentes en el ejercicio de su sexualidad. Se debe tener presente que la abstinencia es una decisión personal, que debe ser respetada, y que todas y todos tenemos derecho.

Las Caricias o Juegos Sexuales

A partir de que se empiezan a vivir relaciones amorosas en la adolescencia, surgen mayores deseos de sentir el cuerpo de la otra persona y de obtener placer en estos encuentros.

Es así como se puede llegar a las caricias o juegos sexuales, que son expresiones placenteras con otra persona sin llegar a la penetración. Pueden ser besos, tocamientos, caricias, y masajes en los genitales con fines eróticos (autoestimulación mutua).

Este tipo de juegos generalmente se viven de manera progresiva, primero con caricias sobre la ropa y tiempo después explorando la desnudez del otro(a). Además estas experiencias permiten, poco a poco, familiarizarse con los genitales de la otra persona y con las reacciones que tiene ante la excitación sexual; como una preparación para el encuentro coital.

A veces se cree que la sexualidad genital sólo se vive en el coito, por lo que se dice “no pasó nada” refiriéndose a la ausencia de la penetración. También se considera que solo a través de la introducción del pene en la vagina, se puede obtener placer o alcanzar el orgasmo. Sin embargo, estos juegos y caricias son expresiones importantes de la sexualidad y fuentes de mucho placer.

Es importante que la pareja converse sobre estas cosas, para que no exista presión por ninguno de los

dos que lleve a la otra persona a hacer o participar en juegos sexuales que no le resulten agradables. Por eso es muy importante respetar las decisiones de cada una/o y tener claridad sobre lo que se quiere hacer y cómo se quiere hacer.

Cuando una relación amorosa con otra persona se vuelve más duradera, estable y segura, la vivencia del amor adquiere matices diferentes.

Las Relaciones Sexuales Coitales

Se desea tener mayor intimidad y cercanía, tanto emocional como física. Esto hace que muchas parejas sientan mayores deseos de “hacer el amor”. Esta frase hace referencia a las relaciones sexuales coitales, las cuales consisten en dar y recibir caricias eróticas hasta llegar a la penetración del pene en la vagina (coito).

Estas relaciones permiten el intercambio de amor, sentimientos, placer y comunicación. Por eso, lo más adecuado es que se vivan dentro de una relación de pareja seria, estable y comprometida.

Muchos y muchas adolescentes tienen experiencias coitales por curiosidad, porque se dejaron llevar por el momento o por presión de otras personas (amigos/as, novio, novia). Es importante que se llegue a vivir un encuentro coital por decisión personal y de pareja, tomando en cuenta los riesgos y buscando las formas de protegerse.

Hay varias cosas que se deben compartir con él o la adolescente que decida tener relaciones sexuales coitales:

- la relación coital no es la garantía de que la relación va a durar más o que va a ser mejor.
- tampoco se puede esperar que una persona se quede con vos como si hubiese adquirido una obligación.
- se debe estar preparado(a) para enfrentar la responsabilidad de un embarazo, ya que las probabilidades de que se presente aumentan al tener una vida sexual coital activa.
- cuanto más joven se tengan las relaciones coitales, más probabilidades de tener varias parejas sexuales, lo cual se convierte en un riesgo para adquirir una ITS y el VHI.
- cuando se tienen relaciones coitales debe garantizarse la protección de la pareja.
- no se debe poner en riesgo la salud física, mental o espiritual de ninguna/o. Esto implica el uso de métodos de protección (como el condón, porque previene el embarazo, las ITS y VHI), la fidelidad, la comunicación, el respeto, la no violencia.

Es muy importante que las y los adolescentes puedan tener claridad sobre las ventajas y desventajas de tener relaciones coitales en esta etapa, así como de lo que quieren, piensan y sienten, a fin de que puedan tomar una decisión, individual y en pareja, y actuar responsablemente.

Preguntas frecuentes en el noviazgo: ¿por qué termina el amor?

Las ocupaciones diarias como la escuela, exámenes, problemas en casa, entre otros, son factores que propician una ruptura amorosa, aquí es conveniente compartir que otras cosas provocan esto y las formas para superarlo.

- Cuando uno de los dos está demasiado ocupado en la escuela o prefiere darle mayor importancia a salir con amigos.
- La relación tiene mayor probabilidad que termine cuando ambos se gradúan y toman caminos distintos, en especial si alguno de los dos se va para otra ciudad.
- Para algunos jóvenes, tener una relación les cuesta trabajo ya que no están preparados emocionalmente para eso y prefieren hacer otras cosas.
- La presión social por parte de compañeros o amigos que ya tienen novio o novia; es mejor conocer a mucha gente antes de aventurarse a que rompan su corazón.
- Cuando ambos quieren diferentes cosas fuera de la relación como vivir lo que experimentaban estando solteros o conservar a toda costa las amistades.
- La inmadurez de ambos al iniciar una relación cuando aun no estaban listos para dar este paso, influye directamente en la ruptura. En muchas ocasiones se confunde lo que es solamente la atracción y aquello que implica el verdadero amor, en este caso, la importancia de la cercanía o conexión.

¿Que decir a una persona enamorada que termino su relacion?

- Encontrar a alguien con quien hablar y poder desahogarse, nada como un buen consejero/a que escuche y comprenda.
- Evitar encerrarse en sí mismo y ahogar su sufrimiento, en lugar de eso, llora todo lo que puedas, escribe en un diario tus sentimientos o háblalo con otras personas.
- Recordar, lo peor que puedes hacer es reprimir tus emociones, ya que de este modo nunca lo superarás.
- Tomar en cuenta que no puede cambiar el pasado, hay que poner toda la energía en lo que está por venir más adelante en su vida.
- Si uno de los dos puso fin a la relación o propició la ruptura, no te sientas culpable y asume tu decisión.
- Evitar ir a lugares, situaciones o escuchar canciones que recuerden a tu ex, en vez de esto realiza actividades que nunca habías experimentado.
- El hecho de que tu relación no haya funcionado no quiere decir que todas serán exactamente igual, al contrario, hay un mundo de personas esperando conocerte y valorar en realidad todo lo que representas.
- Si tu estado de ánimo se torna depresivo y con pensamientos suicidas, puedes buscarme para apoyarte.
- Si aun no has encontrado el verdadero amor, ¡no te preocupes! queda mucho tiempo y te darás cuenta que la espera valió la pena.

3. Dificultades de los adolescentes con la sexualidad

Usualmente se ha hablado de disfunciones sexuales, término que no es apropiado para los y las adolescentes, quienes pueden tener inconvenientes transitorios en sus relaciones sexuales, vinculados con la carga emocional que representa enfrentarse a estas nuevas situaciones.

Por lo tanto, él o la consejero/a deberá lograr, en una sesión con los y las adolescentes, disminuir la angustia que estos temas les provocan. La mayor parte de las veces, dicha angustia se genera por inexperiencia o por fantasías o expectativas poco acordes con la realidad.

Alguno/as adolescentes consultarán por verdaderos trastornos de su sexualidad, pero muchos -cuya función sexual es perfectamente normal- también mostrarán inquietudes acerca de ella.

La consejería sobre este tema en particular, debido a los mitos y tabúes existentes deberá realizarse en un ambiente tranquilo, que inspire a la confidencialidad y con el tiempo apropiado para conversar sobre algunos aspectos referidos al desarrollo psico-sexual, la respuesta sexual humana y los modelos femeninos y masculinos sostenidos por la cultura.

En el primer nivel de atención se deberá detectar si el conflicto o dificultad sexual es transitorio y se debe al temor de enfrentarse a algo nuevo vinculado a factores emocionales o culturales, o si estos síntomas persisten a lo largo del tiempo. Si esto ocurre, deberán ser **referidos**.

Principales motivos de consulta en la consejería		
<p>Trastornos de la fase orgásmica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anorgasmia en la mujer y el hombre. • Eyacuación precoz, eyacuación retardada <p>Trastornos de la fase de excitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impotencia en el hombre. • Ambivalencia sobre el coito, en la mujer. <p>Trastornos en la fase del deseo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución o desaparición de la libido. • Trastornos sexuales asociados con espasmos de los músculos genitales: Dolor eyaculatorio Vaginismo, Dispareunia Fobia a las relaciones sexuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Componentes de educación represiva, psicológicos y emocionales que requieren acompañamiento especializado. • Se deben explorar experiencias sexuales negativas (violación o abuso sexual). • Deberá descartarse el consumo de alcohol o drogas. • Preguntar sobre alteraciones físicas (infecciones, tumoraciones, inflamaciones de los genitales). • Las consultas por trastornos sexuales subyacen episodios de violencia intrafamiliar no expresados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre se deberá tranquilizar a la o el adolescente explicando que la mayoría de los inconvenientes se solucionan con experiencia y con el apoyo de su pareja sexual. • Tratar de disminuir la ansiedad y las expectativas desmedidas sobre las relaciones sexuales que generan los modelos culturales.

Reforzar en la consejería según la edad, necesidades y deseos del o la adolescente

- Inquietudes sobre el amor, la pareja, formas de relacionarse, formas de diálogo y mecanismos para establecer una relación respetuosa e igualitaria.
- Pautas culturales que implican diferencias en la construcción de roles masculinos y femeninos, valores y experiencias (por ejemplo que la sexualidad de los varones sea más indiscriminada y las mujeres busquen la confirmación de su fertilidad a través de un embarazo, aunque este sea demasiado temprano).
- Como negociar las expresiones de afecto y sexualidad que está dispuesto a aceptar y prodigar en una relación de noviazgo.
- Toma de decisiones sobre la iniciación sexual y habilidades para enfrentar las presiones sociales que reciben los/as adolescentes de pares y de familiares.
- Decisión del inicio sexual y opciones de anticonceptivos existentes (según normas establecidas por el Ministerio de Salud).
- Orientación sexual homosexual en varones y mujeres, maneras de establecer relaciones de respeto y aceptación. Formas de resolución de problemas con familiares y grupos de pares.
- Embarazo no planificado, habilidades para asumirlo con la pareja y la familia.
- Reelaboración de los proyectos de vida a partir del embarazo.
- Como enfrentar el abuso sexual y/o la violencia sexual en varones y mujeres adolescentes.
- Habilidades para manejar los celos y la violencia verbal y física entre novios, especialmente si hay relaciones sexuales.
- Como diferenciar las caricias saludables de las que producen daño.



Ejercicios de autorreflexión - Orientaciones

A continuación se presentan tres ejercicios de autorreflexión relacionados con el tema de sexualidad que ayudará a enfrentar tus propios temores o pensamientos. El primero ayudará a reflexionar en lo que se dice popularmente, lo que le han dicho para que aprenda y como a partir de esta educación puede tomar sus propias decisiones sobre el tema. El segundo es para que pueda prepararse sobre las consultas que los y las adolescentes puedan hacerle y responder de la mejor manera posible; con naturalidad, sin pena o vergüenza, porque es parte de nuestra naturaleza, al igual que comer, dormir o caminar. Al realizar el tercer ejercicio se podrá dar cuenta que todos/as los y las adolescentes que le busquen como Consejero/a, no le dirán completamente **todo** de su vida, por lo que debe hacer solamente preguntas que le ayuden a tomar una decisión. Al igual que usted hay cosas que no las van a conversar con **nadie**, así es que es bueno no insistir cuando no deseen responder a algo que pregunte.



Objetivo

Conversar con naturalidad sobre los distintos temas relacionados con la sexualidad, que los y las adolescentes puedan decir y aclarar sus dudas e inquietudes; pensando antes de actuar durante la Consejería.



Materiales

Hojas de ejercicios de autorreflexión, lápiz de grafito, resaltador.



Duración

El tiempo de cada ejercicio de autorreflexión depende de tu habilidad para pensar en las alternativas que darías ante las situaciones planteadas, lo ideal es que como máximo tardes 30 minutos; este es el tiempo ideal que puede durar una consejería.



Procedimiento

1. Debe buscar un lugar para responder cada pregunta del ejercicio (ya sea en tu casa, en la unidad de salud o en algún lugar de la comunidad donde se sienta cómodo, imaginando cada situación o pregunta para responder con honestidad cada una de ellas.
2. Después de realizar cada ejercicio señale con el resaltador que aspectos son los que pueden interferir de manera negativa en la consejería.
3. Tome un tiempo después de hacer las consejerías para hacer los ejercicios nuevamente, así descubrirá como poco a poco los aspectos negativos identificados en el primer momento se van mejorando. Si desea compartir con algún miembro de la familia, colega o amigos/as puede hacerlo; así recibirá sugerencias que le ayuden a ser día a día mejor consejero/a.
4. Describa todas las ideas posibles que se le vienen a la mente para buscar las respuestas a cada ejercicio, pensando que en ese momento tiene un adolescente que está platicando algo relacionado con ese tema.

Ejercicios de autorreflexión para ser Consejero/a



Ejercicio de Autorreflexión No.1

“Sexualidad: un tema para analizar”



Objetivo:

Reconocer que nuestros pensamientos y prácticas relacionadas con la sexualidad dependen de lo que hemos escuchado o lo que me han dicho en mi familia, en la escuela, mis amigos/as y en las unidades de salud.



Orientaciones:

Escribo en las columnas “lo que he escuchado”; “lo que me han dicho”; los mensajes relacionados con que es la sexualidad; recibidos por mi familia, mi maestro/a, amigos/as, unidades de salud y comunidad. En la columna lo que “yo opino” escribo mi opinión personal a partir de lo que he escuchado o me han dicho en los distintos lugares mencionados en la segunda columna.

No.	Dónde/Quién	Lo que escuché o he escuchado	Lo que me dijeron o me han dicho	Lo que YO PIENSO y lo que YO DIGO
1	Mi familia			
2	Mi maestro/a			
3	Mis amigos/as			

Respuestas del ejercicio por parte de adolescentes del país

<p>Mi familia:</p> <p>LO QUE HE ESCUCHADO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que las personas de mi edad no deben escuchar “de esas cosas” 2. Que cuando sea grande voy a saber que es eso 3. ...Solamente los adultos pueden sentirla 4. Los viejitos no tienen sexualidad 5. Nunca se habla de ese tema <p>Lo que me han dicho:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy muy “chiquito” para hablar de esas cosas 2. Que no debo escuchar cuando los adultos hablen sobre este tema 3. Que solamente se siente cuando se es grande 4. Cuando me cambie el cuerpo voy saber que es... <p>Lo que yo opino:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que es un tema que no puedo hablar con mi familia 2. Que necesito buscar información 3. Solamente con mis amigos me siento en confianza para hablar del tema 4. Es necesario que haya educación sexual en escuela desde la primaria; para que los y las adolescentes estén bien informados y puedan tomar decisiones correctas relacionadas con la sexualidad 	<p>Mi maestro:</p> <p>LO QUE HE ESCUCHADO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hablar de sexualidad es muy difícil, no fuimos preparados para eso 2. Mis padres nunca me hablaron de ese tema 3. Sin quieren saber pregúntenle a sus padres <p>Lo que me han dicho:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que no debo preguntar sobre ese tema 2. Que el colegio no es el lugar para preguntar 3. Si pregunto es porque algo malo estoy haciendo 4. Que tenga cuidado cuando hable de “eso” 5. Más adelante voy a saber que es... <p>Lo que yo opino:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que los maestros y maestras no están preparados para hablar del tema 2. Sienten “vergüenza” si uno les pregunta 3. Hay maestros que saben, pero tienen miedo de hablar de ese tema en la escuela 4. Que los maestros/as deberían recibir capacitación en temas de educación sexual para que puedan ser conversados con los y las adolescentes. La escuela es el mejor lugar para aprender sobre este tema, al igual que las otras materias, como ciencias naturales o matemáticas. 	<p>Mis amigos/as:</p> <p>Lo que he escuchado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que es rico sentirla 2. Que te hace sentir en las nubes 3. Es cuando un hombre y una mujer tienen relaciones sexuales 4. Da vergüenza la primera vez <p>Lo que me han dicho:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que debería “experimentar” 2. Que es un pecado 3. Si uno lo hace una vez, da ganas de seguirlo haciendo 4. Que solamente debo hacerlo con la persona que me voy a casar 5. Si tengo alguna pregunta que se las haga <p>Lo que yo opino:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se piensa que es solamente tener relaciones sexuales y nada más 2. Que solamente la sienten los adultos y cuando se llega a “viejo” no se siente nada 3. Que hay mucha desinformación entre los y las adolescentes. Como Consejero/a Juvenil, debo trabajar mucho para aclarar las dudas e inquietudes y prepararme bien para hacer un buen trabajo.
---	---	---

Ejercicios de autorreflexión para ser Consejero/a



Ejercicio de Autorreflexión No.2

“Tomando decisiones sobre sexualidad”



Objetivo:

Valorar sus propias creencias y opiniones con relación a las afirmaciones que están en la tabla al realizar el ejercicio que le ayuden a pensar en las posibles respuesta que daría a los y las adolescentes durante la consejería sobre la sexualidad.



Orientaciones:

Marco con una “X” en la columna correspondiente, las afirmaciones que considero verdad o mentira.

No.	Afirmaciones	Verdad	Mentira
1	En una relación de noviazgo lo más importante es la comunicación y el respeto, no tener relaciones sexuales coitales		
2	Las personas que se hacen tatuaje tienen mayor riesgo para adquirir el VIH		
3	Los hombres y las mujeres, tienen el mismo deseo sexual		
4	En la primera relación sexual coital sin protección no pasa nada		
5	Es mejor que la mujer tenga hijos siendo joven para verlos crecer		
6	Todas las mujeres cuando pierden su virginidad sangran		
7	Todas las personas mueren con sexualidad		

Respuestas del ejercicio por parte de adolescentes del país

.Adolescente: En una relación de noviazgo lo más importante es la comunicación y el respeto

Consejero/a: Verdad. Aunque por lo general muchos y muchas adolescentes pueden pensar que lo más importante es tener relaciones sexuales coitales, en esta etapa del noviazgo; por el contrario antes de tener relaciones sexuales hay que tener una excelente comunicación con la pareja para conocer bien sus costumbres, su forma de ser, de pensar, como es la relación con su familia y prepararse para tener la primera relación sexual coital, respetando la decisión de cada uno.

2. Adolescente: Las personas que se hacen tatuaje tienen mayor seguridad para adquirir el VIH.

Consejero/a: Falso. El mayor riesgo para adquirir el VIH es por contacto sexual. Aquí en el país más del 90% de las personas adquieren el virus del VIH por relaciones sexuales coitales sin protección.

3. Adolescente: Los hombres y las mujeres, tienen el mismo deseo sexual

Consejero/a: Verdadero. Lo que sucede es que aunque las mujeres tengan el mismo deseo sexual que los hombres, socialmente no es permitido que lo expresen porque pueden ser: "locas", "calientes"; "alborotadas"; para evitar estos calificativos la mayoría de las mujeres reprimen su deseo sexual. Sin embargo, al hombre se le ha enseñado que haga demostración de su deseo sexual.

4. Adolescente: En la primera relación sexual coital sin protección NO pasa nada

Consejero/a: Falso. En la primera relación sexual coital si ocurre durante la adolescencia, generalmente se da sin protección; esto expone a los y las adolescentes a adquirir una infección de transmisión sexual, el VIH o un embarazo no deseado.

5. Adolescente: Es mejor que la mujer tenga hijos "chavala" para verlos crecer

Consejero/a: Falso. Aunque en las áreas rurales esto puede ser verdad como parte de su cultura, la realidad es que a temprana edad el organismo de la adolescente no está preparado para que se desarrolle un embarazo, su pelvis, es decir los huesos que forman el canal vaginal o lugar por donde saldrá la cabeza del bebé todavía no ha crecido lo suficiente. Esto puede ocasionar complicaciones tanto a la mamá como al bebé poniendo en peligro su vida.

6. Adolescente: Todas las mujeres cuando pierden su virginidad sangran

Consejero/a: Falso. Este es un tema de mucha preocupación para las adolescentes y motivo de discusión, violencia y hasta involucramiento de las familias; sin embargo, hay que recordar la página 26, para aclarar que existen distintos tipos de himen que pueden hacer que la mujer no sangre en su primera relación sexual. Además explicar a la adolescente o al adolescente que el valor de una mujer no está en el sangrado que tiene durante su primera relación sexual, si no en lo que ella es, en lo que hace como persona, en su forma de relacionarse con los demás y en su forma de reaccionar ante este tipo de cuestionamientos.

7. Adolescente: Toda persona muere con sexualidad

Consejero/a: Verdadero. Todos nacemos y morimos con sexualidad. La sexualidad es la forma en que pensamos, nos expresamos, caminamos, nos vestimos y relacionamos con otros; por lo tanto tiene que ver con nuestra vida diaria, desde nuestro nacimiento hasta el fin de nuestros días.

Ejercicios de autorreflexión para ser Consejero/a



Ejercicio de Autorreflexión No. 3



Objetivo:

Mi hoja confidencial.

Identificar como consejero/a que para los y las adolescentes hablar del tema de sexualidad puede ser incomodo ya que les puede dar vergüenza, no se habla de estos temas más que con los amigos/as y en muchas ocasiones hay temas que callaríamos; esto nos permitirá hacer una consejería con empatía (“en los zapatos del adolescente”)



Orientaciones:

En la segunda columna están los aspectos relacionados con la sexualidad que frecuentemente suceden durante la adolescencia. Si le sucedió lo que está escrito en cualquier fila de esta columna, escriba una “X” si sería capaz de compartir con alguien en la casilla que dice compartiría, si preferiría callar marque una “X” en la columna callaría y si alguna afirmación de la segunda columna NO le sucedió escriba una “X” la última columna.

No.	Situaciones	Compartirla	Callaría	No me ha sucedido
1	Algunas veces me sentí atraído/a por personas de mi mismo sexo			
2	No me sentí conforme con lo que mi familia espera de mi por ser hombre o mujer			
3	He pensado que nací con los órganos genitales equivocados			
4	He tenido sueños húmedos y fantasías sexuales			
5	Me he enamorado de una persona del mismo sexo			
6	He sentido deseos de masturbarme en más de una ocasión			
7	He tenido mi primera menstruación			
8	He tenido mi primera relación sexual coital			
9	He usado condón en mi primera relación coital			
10	He usado condón en mi última relación coital			
11	He tenido más de una pareja sexual coita			
12	Cuando he tenido relaciones sexuales coitales es porque los dos hemos estado de acuerdo			
13	Durante mi última relación sexual coital he sentido mucho placer			

No.	Situaciones	Compartirla	Callaría	No me ha sucedido
14	En alguna ocasión no he podido sentir placer en mis relaciones sexuales coitales			
15	Siento vergüenza de hablar sobre estos temas con mi familia			

Reflexionar:

La sexualidad, es la forma en que nos expresamos, nos vestimos, relacionamos con los demás, incluyendo nuestros padres. La forma de vivirla está basada en los mensajes que escuchamos o que nos dicen de manera repetitiva y de nuestras propias opiniones (ejercicio de autoreflexión No.1)

Los y las adolescentes en muchas ocasiones tendrán que tomar decisiones en temas relacionados con su sexualidad; por lo que como Consejero o Consejera hay que estar informados, brindar confianza, aplicar la metodología CETE para ayudar a quienes piden apoyo, tomar decisiones libres e informadas (Ejercicio No.2).

El ejercicio de autoreflexión No. 3; permite reflexionar que como adolescentes y adultos habrán muchas cosas de las que tendríamos "temor"; "vergüenza" de compartir porque son "confidenciales".

Orientación Sexual

La orientación homosexual suele percibirse durante la adolescencia, pero muchos adolescentes no aceptan esta orientación hasta la vida adulta y algunas personas no la aceptan nunca y ocultan la orientación homosexual toda la vida.

Gran parte de los y las adolescentes experimentarán algún tipo de sentimiento de atracción homosexual o practicarán algunas conductas homosexuales (tocarse, masturbarse, besarse y eventualmente tener relaciones sexuales con otra persona del mismo sexo) sin que ello signifique que su orientación sexual definitiva sea homosexual.

Desde 1973, la homosexualidad dejó de ser considerada una enfermedad (American Psychiatric Association, 1995). Es una forma de ser y de sentir; no una opción a la que se pueda renunciar sin un alto costo en términos de salud psíquica. No es modificable mediante abordajes psicoterapéuticos. No hay evidencias de que sus causas estén sujetas a la influencia de sus padres, ni a modos de crianza.

Para el/la adolescente homosexual, el crecer en una cultura homofóbica perjudica su desarrollo psicosexual y la vivencia saludable de su sexualidad, por los miedos, falsas creencias y preconcepciones de la sociedad. Es habitual que este grupo de personas sea estigmatizado y discriminado.

Si pretendemos evitar en estos grupos la marginación, degradación, depresión y, en último término, que adopten conductas y comportamientos saludables, es fundamental cambiar el abordaje de ellos y ellas, esforzándonos en la promoción de su desarrollo integral y en la prevención, trabajando sobre su sexualidad y conducta sexual y social saludable.

Al tratar la sexualidad de los y las adolescentes no se debe dar por supuesto que la orientación sexual será siempre heterosexual. Ésta, si bien es la más frecuente, no es la única. Se estima que aproximadamente de 6 a 8% de los y las adolescentes tendrá, al finalizar esta etapa, una orientación homosexual. No todos los y las adolescentes homosexuales tienen relaciones sexuales.

Como en el caso de los y las adolescentes heterosexuales, la decisión de inicio de la actividad sexual y de las relaciones sexuales debe ser tomada dentro de un marco de libertad y responsabilidad, para el autocuidado/ cuidado mutuo.

Los adolescentes con orientación sexual diferente

Son los adolescentes que sienten atracción por personas de su mismo sexo. Cuando descubren o intuyen esa atracción, tienden a ocultarlo por miedo al desprecio y la discriminación. Por esto, cualquier adolescente puede ocultar su orientación lésbica, gay o bisexual. Estos adolescentes suelen vivir el descubrimiento de su orientación sexual con sentimientos de soledad, angustia y miedo. Es muy común que no tengan con quién hablarlo. Por ello, necesitan un apoyo y un clima de confianza que les permita afianzar una autoestima, que suelen tener muy dañada.

Las lesbianas, gays y bisexuales adolescentes viven inmersos en un mundo que condena su realidad al silencio. Lo que ellos sienten en su interior carece de reflejo o referente en la información que reciben del exterior. No sólo nadie les ofrece modelos positivos, sino que temen buscarlos por miedo a caer bajo el estigma del marica o cualquier otro calificativo. Temen el rechazo de la familia y los amigos, que podrían desposeerlos del apoyo afectivo, social y económico que todas las personas necesitamos. También temen el rechazo en la escuela, donde nada les hace suponer que allí van a encontrar un refugio en el que puedan hablar con alguien que les entienda y les acepte.

Indicadores que dificultan la aceptación:

- Disminución de la autoestima
- Depresión.
- Tentativas de suicidio.

- Fugas de la casa.
- Rechazo escolar.
- Rechazo de los pares.
- Consumo de alcohol u otras drogas.
- Comportamientos de gran impulsividad
- Actividad sexual muy intensa.
- Afirmación de masculinidad percibida como desmedida por el personal de salud.
- Proclamas claramente homofóbicas.
- Comportamiento extremadamente femenino en el caso del hombre.
- Comportamiento extremadamente masculino en el caso de la mujer.

¿Qué decir a un adolescente que siente dudas sobre su orientación sexual?

Para empezar, los consejeros/as deben hacer un esfuerzo para conocer y comprender la problemática. Nunca se debe decirle que los sentimientos que experimenta son algo pasajero. En algunos casos lo son, pero en otros, no. Siempre deben tener claro que su orientación, sea la que sea, es válida, natural y respetable. Además, con cualquier orientación sexual va a poder desarrollar su identidad y alcanzar la felicidad. Los adolescentes tienen el derecho a descubrir en libertad y sin miedos su propia orientación sexual. Lo que, efectivamente, es pasajero es el sentimiento de duda, miedo, angustia y soledad que seguramente están sufriendo.

En las manos de sus consejeros/as está conseguir que dichos sentimientos negativos desaparezcan más rápidamente.

Rol del Consejero/a

- Acompañar en el proceso de aceptación y progresiva revelación de la orientación sexual, adecuando cada caso al contexto individual.
- Llegar a acuerdos sobre cómo y cuándo compartir la información con sus padres y familia.
- Ofrecer intermediación, si se espera reacción familiar violenta.
- Indicar teléfonos y direcciones de instituciones que defiendan sus derechos.
- Ofrecer apoyo psicológico.
- Informar sobre las medidas de prevención de ITS y el VIH.
- Es recomendable hablar de "hombres que tienen sexo con hombres, o mujeres que mantienen relaciones con mujeres" como forma de disminuir el estigma y la discriminación que sufren estas personas.
- Todas las cuestiones relacionadas con la orientación sexual o diversidad sexual, deben tratarse de la forma más abierta posible para que los adolescentes no tengan la impresión de que se trata de un tabú, de algo de lo que no se puede hablar. Aquellos Consejeros/as que se sientan muy alejados o desconocedores de esta realidad deben informarse para brindar consejería en este tema.

Mitos y tabúes relacionados con la orientación sexual

- **¿La orientación sexual es una opción?**

No, los seres humanos no pueden escoger ser homosexuales o heterosexuales. Para la mayoría de las personas, la orientación sexual se define al comienzo de la adolescencia, sin necesariamente pasar por una experiencia sexual. Si bien tenemos la opción de actuar, o no, en relación a esos sentimientos, los psicólogos no consideran que la orientación sexual sea un acto consciente que podamos cambiar a voluntad.

- **¿Se puede cambiar la orientación sexual?**

No. Si bien la mayoría de los homosexuales lleva una vida exitosa y feliz, algunos, a menudo bajo coerción por parte de sus familias o de grupos religiosos, desean cambiar su orientación sexual. Sin embargo, la realidad es que el homosexualismo no es una enfermedad. No requiere tratamiento y no se puede cambiar

- **¿La homosexualidad es una enfermedad mental o un problema emocional?**

No. La homosexualidad no es una enfermedad, un trastorno mental o un problema emocional. En más de 35 años de investigaciones científicas imparciales y bien diseñadas, se ha podido demostrar que la homosexualidad, de por sí, no está relacionada con trastornos mentales

o problemas emocionales o sociales.

Los y las adolescentes son los más vulnerables a los prejuicios y estereotipos. Además, también temen ser rechazados por sus familias, amigos, colegas de trabajo e instituciones religiosas.

Algunos homosexuales se preocupan de que si su orientación sexual es conocida pueden ser hostigados en la escuela. Desafortunadamente, los homosexuales, las lesbianas y los bisexuales corren un mayor riesgo de ser agredidos físicamente, o de ser víctimas de actos de violencia, que los heterosexuales.

- **¿Las causas de la homosexualidad son la mala crianza y/o los problemas familiares?.**

No hay evidencia concluyente que apunte a una “causa” para la homosexualidad o la heterosexualidad. Los gays igual que los heterosexuales vienen de todos los tipos de familia. Como siempre, el buen padre es aquel que enseña a tener amor a otros y a sí mismo, y respeto hacia los demás

- **Los homosexuales tienen más trastornos psicológicos que los heterosexuales”.**

Falso. Esto no tiene ningún fundamento, es algo que aún perdura hoy en la mente de aquellos que piensan que la homosexualidad es una enfermedad o trastorno mental. La orientación sexual sea cual sea no refleja ningún tipo de problema ni orgánico ni psicológico.

Todavía hay gente que considera que cuando algo es minoritario o infrecuente es algo anormal o patológico.

- **En las parejas de homosexuales uno de los miembros tiene un papel masculino y otro femenino”**

Esto es falso. Hay gente que al ver una pareja de homosexuales todavía hace comentarios del tipo “ese hace de hombre y ese de mujer”.

La persona que es homosexual no tiene conflicto con su identidad sexual, se siente plenamente a gusto con su género, con lo cual no necesita “hacer de un sexo u otro”. Además los roles de género cada vez son más flexibles, y hay comportamientos que corresponden tanto a mujeres como a hombres, independientemente de la orientación sexual.

Las relaciones de los homosexuales son en general mucho más igualitarias, como las que podrían darse entre dos amigos/as, pero que además sienten amor y/o atracción erótica

- **“Existen padres o madres cuyo comportamiento conduce a la homosexualidad de los hijos o hijas”**

Esta es una falsa creencia que tuvo su origen en algunas teorías que describían un patrón típico de relaciones familiares que derivaban en homosexualidad masculina: madre sobreprotectora y un padre pasivo y lejano. Estos argumentos repletos de culpabilidad no tienen ninguna validez empírica, pues no se corresponden con la realidad, la cual evidencia que no hay ninguna correlación entre la orientación sexual de los progenitores y la de los hijos.

- **El coito anal es la conducta sexual más frecuente entre los hombres homosexuales”.**

Si bien es cierto que es una de las prácticas sexuales comunes, no es exclusiva de los homosexuales ya que también es practicada por un porcentaje de parejas heterosexuales. Además, los comportamientos sexuales más frecuentes en parejas homosexuales son en realidad las relaciones buco genitales y la estimulación genital.

La sexualidad abarca también un componente cognitivo: pensamientos, ideas, creencias y reflexiones que cada persona tiene sobre la sexualidad, las cuales están marcadas por los mensajes que se transmiten socialmente sobre esta (en la familia, la escuela, el trabajo, la iglesia, las amistades, etc.). Por eso es importante que podamos identificar estos pensamientos para lograr cuestionarlos y darnos cuenta de la influencia que tienen en la vivencia de la propia sexualidad.

Dado que la sexualidad es algo que nos acompaña durante toda la existencia, lo que vivimos, sentimos y creemos acerca de esta responde al proceso de socialización que hemos tenido, es decir, los mensajes y valores que nos han transmitido desde que nacimos hasta el día de hoy sobre la sexualidad.

También intervienen en la socialización sexual las actitudes y comportamientos de las personas cercanas con respecto a su propia sexualidad.

En este proceso toman parte nuestra familia, la educación que recibimos en la escuela o el colegio, los amigos y amigas, la iglesia, los medios de comunicación social, los prestadores de salud, en fin, todas esas personas e instituciones que representan a la cultura.

Ahora te das cuenta de que las ideas, valores y sentimientos que tenés de la sexualidad y las formas de vivirla están determinados por todos los mensajes o discursos que provienen de afuera y que has ido incorporando a tu propio modo de pensar, sentir y actuar.

El problema se da cuando esto limita la posibilidad de entender y vivir la sexualidad integral, al considerarse que solo tiene que ver con los genitales, o la reproducción o el placer erótico. La importancia de entender la sexualidad desde esta visión integral, radica en la posibilidad de que se pueda vivir de una forma plena, responsable y sanamente.

Recordar

- Que la homosexualidad no es una enfermedad. La orientación sexual homosexual no implica un valor moral ni positivo ni negativo. Ser homosexual no significa ser una persona mejor o peor.
- Reflexionar con todos los y las adolescentes y sus padres acerca de conductas homofóbicas y discriminatorias.
- Al dar a conocer la realidad de la orientación sexual se cortan estereotipos, se eliminan miedos y se facilita la vida a quienes sufren a causa de su orientación sexual.
- Se puede disimular la orientación sexual, nunca transformarla. Es necesario erradicar el prejuicio de que la homosexualidad se pueda transmitir o contagiar.
- No hay evidencia de que persona alguna haya cambiado su orientación sexual por alguna influencia externa.
- Está demostrado que los prejuicios y la homofobia disminuyen cuando conocen personalmente a alguna persona con una orientación sexual diferente.
- El prejuicio se fomenta con el silencio sobre la homosexualidad y la transexualidad.
- Para erradicar los prejuicios es necesario tratar estos temas en la Consejería, explorando primero los propios prejuicios.
- Que el sexo en este grupo no siempre ocurre en los sitios de encuentro, particularmente si el lugar no ofrece privacidad. Este puede ocurrir en la casa donde uno de los miembros de la pareja vive, si no hay nadie allí que se oponga. Donde la mayoría de los adolescentes viven con sus familias, el sexo es más probable que ocurra en el parque o baño público donde se conocieron, en una casa de masajes, en un auto, en el cuarto de un hotel o en cualquier otro lugar; por lo que debe explorarse este tipo de prácticas y su vulnerabilidad a las Infecciones de Transmisión Sexual y al VIH.



Ejercicio de autorreflexión - Orientaciones

A continuación se presentan varios ejercicios de autorreflexión que le ayudará a conocer mejor: cómo reaccionaría ante determinadas situaciones que presenten los adolescentes; que respuesta daría; cuáles son las ideas o imágenes previas (pre-conceptos) que tiene sobre los adolescentes para superar los aspectos que considere pueden interferir durante la consejería.



Objetivo:

Ayudar a identificar las fortalezas y limitaciones para mejorar las habilidades como consejero/a.



Materiales:

Hojas de ejercicios de autorreflexión, lápiz de grafito, resaltador.



Duración:

El tiempo de cada ejercicio de autorreflexión depende de su habilidad para pensar en las alternativas que daría ante las situaciones planteadas, lo ideal es que como máximo tarde 30 minutos; este es el tiempo ideal que puede durar una Consejería para Adolescentes.



Procedimiento:

1. Debe preparar un lugar para responder cada pregunta del ejercicio (ya sea en su casa, en la unidad de salud o en algún lugar de la comunidad; donde te sientas cómodo, imaginando cada situación o pregunta para responder con honestidad cada una de ellas. Vuelva a su etapa de adolescencia y llene los ejercicios.
2. Después de realizar cada ejercicio señale con el resaltador que aspectos son los que pueden interferir de manera negativa en la consejería.
3. Toma un tiempo después de hacer las consejerías para hacer los ejercicios nuevamente, así descubrirá como poco a poco los aspectos negativos identificados en el primer momento se van mejorando. Si desea compartir con algún miembro de la familia, o colegas, amigos/as puede hacerlo; así recibirá sugerencias que le ayuden a ser día a día mejor consejero/a.
4. Describa todas las ideas posibles que se vienen a su mente para buscar las respuestas a cada ejercicio, pensando que en ese momento tiene un adolescente que está platicando algo relacionado con ese tema.
5. Busque en las conclusiones, al final de cada ejercicio, la importancia de responder uno a uno cada planteamiento.

Ejercicios de autorreflexión para ser Consejero/a



Ejercicio de Autorreflexión No. 1

“Hoja de trabajo “Diversidad Sexual, un tema para analizar”



Orientaciones:

Escribo en las columnas “lo que he escuchado”; “lo que me han dicho”; los mensajes relacionados con la diversidad sexual; recibidos por mi familia, mi maestro/a, amigos/as, unidades de salud y comunidad. En la columna lo que “yo opino” escribo mi opinión personal a partir de lo que he escuchado o me han dicho en los distintos lugares mencionados en la segunda columna.

No.	¿Dónde?/¿Quién?	Lo que he escuchado	Lo que pienso	Lo que YO digo
1	Mi familia			
2	Mi maestro/a			
3	Mis amigos/as			

Respuestas dadas por adolescentes en la validación

Mi familia:

1. Lo que he escuchado: Que es una enfermedad, que no debo tener amigos homosexuales porque se pasa; que son así porque fueron violados, que son así porque sus papás lo permitieron, que desde chiquito se les nota, “no sé que haría si tuviera un hijo/a así”; “debe ser triste que el hijo hombre sea mujer”; “es un mal ejemplo para los niños/as de la casa ya que los confunde”

2. Lo que pienso: Que mi familia exagera; tengo amigos homosexuales y nunca me han enamorado; son muy educados y respetuosos, puede ser que sea un mal ejemplo para los niños, eso sí, los puede confundir. Mientras no se metan conmigo no hay problema.

3. Lo que YO digo: Debe ser muy difícil “navegar contra la corriente”; son seres humanos igual que nosotros, que merecen respeto; no hay nada malo en que alguien tenga esa orientación siempre y cuando no moleste a nadie. Como consejero/a me sentiría cómodo en ayudarles a enfrentar el estigma y la discriminación, independientemente de lo que digan en mi familia.

Los maestros /as:

1. Lo que he escuchado: Algunos maestros/as les tienen tema, les faltan al respeto, les dicen cosas feas, dicen que es una enfermedad.

2. Lo que pienso: Que los maestros tienen muy poca información y discriminan a las personas con esta orientación. A veces me pregunto si habrá maestros que tengan hijos/as con esta orientación.

3. Lo que **yo** digo: Que es necesario hablar en la escuela sobre este tema para ayudar a los y las adolescentes con esta orientación sexual a que puedan sentirse respetados y aceptados, independiente de lo que muchos maestros puedan pensar.

Mis amigos/as

1. Lo que he escuchado: Solo cosas feas, que son corruptos, que la mayoría fueron violados, que es porque les gusta; que nacieron con defectos, que son enfermos, que les falto que sus papás les castigaran, que son así porque nacieron entre mujeres. Dicen que las familias los hacen.

2. Lo que pienso:: No importa lo que digan mis amigos/as, yo podré aclarar sus dudas con los conocimientos adquiridos.

3. Lo que **yo** digo: Parte de los derechos de las personas es el respeto a la libre expresión sexual y que cada persona es como se siente bien, si a los demás no les gusta no es problema de ellas. Admiro, valoro y respeto a las personas que tienen una diversidad diferente ya que se necesita ser valiente para vivir en contra de las normas sociales.

Ejercicios de autoreflexión para ser Consejero/a



Ejercicio de Autoreflexión No. 2

“Imágenes, palabras, sentimientos”



Prevención del Cáncer cérvico - uterino

Detección precoz de cáncer del cuello uterino

La colpocitología oncológica con tinción por técnica de Papanicolaou, es conocida popularmente como PAP o Papanicolaou. Se trata del estudio de tamizaje más sensible y específico hasta el momento para el diagnóstico precoz de las enfermedades malignas y pre malignas del cuello uterino.

Toda adolescente que tenga o que ya haya tenido relaciones sexuales, tiene derecho y debería realizarse un examen de PAP y un examen pélvico de control.

Durante la toma de la muestra se debe explicar para qué sirve el PAP, cuál es su importancia y en que consiste la toma de la muestra.

Informar durante la consejería que la toma solo se deberá realizar con las siguientes condiciones: ausencia de sangrado y 48 horas de abstinencia sexual, o lavados vaginales, o uso de crema y óvulos.

Explicar si se observó al momento de realizar el procedimiento la presencia de sangre no menstrual o secreción vaginal durante la toma de muestra no altera el resultado. No se recomienda, no obstante, la toma durante el periodo menstrual.

Inicialmente se recomienda la realización de un PAP anual. Luego

de dos resultados negativos sucesivos en intervalo de un año, se puede disminuir su frecuencia a uno cada tres años.

Los resultados deben ser **referidos** al especialista, para su seguimiento.

Factores de Riesgo para patología cervical

- Situación socio-económica desfavorable
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años)
- Múltiples compañeros sexuales
- Historia de infección por el papiloma virus (HPV). El HPV se presenta en más de 90% de los casos de cáncer cervical
- Higiene íntima inadecuada
- No uso de preservativo masculino o femenino
- Consumo de tabaco (directamente asociado a la cantidad de cigarrillos consumidos)

Recordar

- Explicar la importancia del control periódico y la realización del Papanicolaou.
- En caso de exámenes alterados, se deberá comunicar cuál es el hallazgo, los pasos sucesivos y transmitir seguridad y confianza a la adolescente para que vuelva al seguimiento.
- Se deberán reafirmar los mecanismos de protección, uso de preservativo disminución o eliminación del hábito de fumar.
- Hacer **referencia** oportuna de los casos que presenten algún resultado alterado.

Anticoncepción

La anticoncepción es un componente principal de la consejería, el acceso a la información para la toma de decisiones debe hacerse en un contexto de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes según las Normas de Planificación Familiar del Ministerio de Salud.

Los/as adolescentes deben tener el derecho de ejercer su sexualidad sin someterse al riesgo de un embarazo no planificado de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS).

Debido a que las y los adolescentes tienen cierta resistencia para buscar ayuda en la unidad de salud por anticoncepción la consejería juega un papel destacado para que los y las adolescentes puedan evitar los embarazos no deseados; por lo que deben generarse todas las condiciones para brindar confianza y empatía que les ayude a buscar ayuda en la unidad de salud, con sus ideas claras, libre de temores para elegir el método que necesiten.

En general la motivación de los y las adolescentes para usar anticoncepción no es planificar la familia, ya que muchos no están casados y ni siquiera están pensando en constituir una familia; ellas y/o ellos desean poder tener el derecho de ejercer su sexualidad libre y placenteramente sin riesgos. Cuando acuden donde un adulto a las unidades de salud, frecuentemente, les atemorizan

sobre el uso de métodos anticonceptivos y en general les recomiendan que posterguen el inicio de las relaciones sexuales o que practiquen la abstinencia sexual; por lo que prefieren conversar con personas de su misma edad; que brindan mayor confianza.

La consejería por anticoncepción tiene como objetivo que adolescentes obtengan información y medios para evitar un embarazo, siendo protagonistas de la toma de decisiones sobre qué método usar y por cuánto tiempo.

Todo/a adolescente, tanto hombre como mujer, tiene derecho a tener información sobre anticoncepción; como consejeros/as hay que respetar ese derecho y estimular a que las parejas asistan juntas a las unidades de salud ya que cuando ambos reciben juntos la información y orientación, aumentan las posibilidades de que el método sea mejor entendido y mejor utilizado.

El papel de el/la consejero/a es ayudar a elegir, verificando si el método seleccionado puede ser usado de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad para uso de Métodos Anticonceptivos de la OMS² que considera las condiciones particulares de los y las adolescentes. Es muy importante recordar que, de acuerdo a estos criterios, la edad por sí misma no limita el uso de ningún método anticonceptivo aunque, en este grupo, existen condiciones excepcionales en que los métodos permanentes no deben ser considerados.

La consejería con los y las adolescentes

La experiencia ha mostrado que las y los adolescentes tienen cierta resistencia a consultar por anticoncepción en servicios para adultos, o servicios de planificación familiar, porque sienten que no están orientados a la solución de sus problemas. Además, con cierta frecuencia, el personal de salud que atiende adultos tiene una actitud de censura para las y los adolescentes que solicitan un método anticonceptivo, les atemorizan sobre el uso de los mismos y en general les recomiendan que posterguen el inicio de las relaciones sexuales o que practiquen la abstinencia sexual.

Por eso es recomendable enfocar la consejería para adolescentes en sus necesidades reales y sus características particulares. Para esto, se recomienda brindar la consejería en algún espacio u horario durante la semana diferente al de los adultos, en un ambiente que sea acogedor, con calidez y trato humanizado.

² Tercera edición, 2005. ISBN 92 4 356266 5 Organización Mundial de la Salud, Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.

Aspectos técnicos de la Consejería

1. La consejería por anticoncepción tiene como objetivo que usuarias y usuarios obtengan información y medios para evitar un embarazo. En la consejería, se utiliza preferiblemente el término “usuaria y usuario” en vez de “paciente”, ya que esta palabra denota un significado de “pasividad” y de que es la figura adulta quien decide por él o ella.

2. En el caso de la anticoncepción, las y los adolescentes que acuden a los servicios, en general, están en perfecto estado de salud y deberían ser los protagonistas de la toma de decisiones sobre qué método usar y por cuánto tiempo. El papel del consejero/a debe ser el de ayudar a que ellas y ellos utilicen el método anticonceptivo de la mejor forma posible, de manera que puedan alcanzar sus metas para evitar un embarazo cuando no se desea.

3. En el caso de la anticoncepción, es conveniente realizar una acción educativa participativa para asegurar que las adolescentes tengan información correcta y actualizada, en grupo hay un mayor número de personas que permite discutir algunos aspectos que a veces las adolescentes potenciales no se atreven a discutir, como por ejemplo la sexualidad y las experiencias contadas por otras personas con el uso de los métodos (mitos, tabúes, información incompleta). Es común que ellas y ellos estén interesados en saber sobre la posible influencia de los métodos en el deseo o desempeño sexual. Esto les haga

perder el temor, la vergüenza y conversen con natural sus inquietudes.

4. Los y las adolescentes tienen interés particular en conocer cuáles son los métodos que se pueden utilizar de manera efectiva sin que los adultos de la familia, especialmente sus padres, se enteren. En esto es importante considerar los aspectos del recuadro.

Intercambio de información y sentimientos		
	Intercambio de información	Intercambio de sentimientos
Consejero Consejera	<ul style="list-style-type: none"> • Suministrar información clara, precisa que el adolescente quiere y necesita. • Ayudar a aplicar esta información en su propia vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar interés por él o la adolescente demostrándole comprensión, respeto y honestidad
Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Describir su situación personal, dudas e inquietudes y estado de salud • Hacer preguntas y asegurarse de que entiende 	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar sus inquietudes, preferencias, expectativas y deseos

5. Es importante que la información en grupo debe hacerse utilizando métodos educativos participativos, partiendo de la información que las y los adolescentes ya tienen. Por ejemplo, en que método están interesadas/os ¿Qué saben sobre ese método? ¿Cómo ese método evita el embarazo? ¿Cuáles son los efectos colaterales? ¿Cuál es su eficacia? En la medida que van dando las respuestas, el/la Consejero/a deberá corregir la información errada e ir completando informaciones, aprovechando ese momento para dar otras informaciones útiles como, por ejemplo, de qué manera el método evita el embarazo, efectos colaterales como las alteraciones en la menstruación, por qué el DIU aumenta la menstruación y por qué las píldoras disminuyen el flujo menstrual.

6. Hablar de los métodos en la medida que surgen las preguntas, aumenta las posibilidades de que las adolescentes asimilen la información porque están atentas y realmente interesadas. Después de discutir los métodos sobre los que surgieron preguntas, el/la Consejero/a debe también brindar información sobre aquellos métodos sobre los cuales no surgieron preguntas de manera espontánea. Esto debido a que algunos/as adolescentes pudieran estar interesadas en alguno de ellos pero no se sintieron cómodas para preguntar, o no preguntaron porque no los conocen.

7. La utilización de apoyo visual, el uso de lenguaje simple y las habilidades de comunicación son fundamentales para que la información sea comprendida e incorporada de manera significativa por las y los adolescentes.

8. El/la consejero/a no debe, en ninguna circunstancia, tratar de convencer a la adolescente a que se decida por un método en especial, sino que debe facilitar un proceso de reflexión, de manera que él o ella considere otros factores de su vida y también las características de los métodos anticonceptivos. Por ejemplo, los efectos del método en su ciclo menstrual, si ella acepta o no la falta de menstruación, si ella deberá volver una vez por mes al servicio, o dependiendo del método, si ella necesita volver cada tres meses, el modo de uso, la eficacia, si su pareja la apoyará para utilizar el método, si está preparada para hablar con su familia sobre el uso del método.

9. Durante la consejería es de fundamental importancia que el/a consejero/a esté muy bien capacitado/a en los criterios médicos de la OMS y/o las Normas de Planificación Familiar, saber hacer las preguntas necesarias que le permitan verificar si el método escogido puede ser utilizado sin causar daños a su salud. Para esto, debe explicar muy claramente sobre el método escogido, estar muy bien preparados para transmitir conocimientos correctos de manera imparcial, no transmitir preconceptos, mantener una actitud muy respetuosa de los derechos que las y los adolescentes tienen, manteniendo su autonomía y confidencialidad.

Salvo casos excepcionales, previstos en la ley, los padres no pueden exigir que las unidades de salud

den información confidencial sobre el uso de anticonceptivos por sus hijos o hijas.

Realizar la Consejería de modo que los y las adolescentes recuerden:

1. **Sea breve:** elija los puntos más importantes que él o la adolescente deben recordar.
2. **Sea claro:** exprese sus comentarios con oraciones cortas y palabras comunes.
3. **Separe:** las instrucciones importantes, de la información que no es necesario recordar.
4. **Indique que hay que recordar:** por ejemplo:...es importante recordar estos tres puntos. Luego enumere los tres puntos. Lo más importante que hay que recordar es qué hacer y cuándo
5. **Diga primero lo más importante:** dé la información más importante primero. Será más fácil de recordar.
6. **Organícese:** establezca categoría para dar información. "Hay cuatro razones para volver a la unidad de salud".
7. **Repita:** lo último que diga puede hacer recordar al adolescente la instrucción más importante.
8. **Muestre además de hablar:** con muestras de anticonceptivos, rotafolio, cuadros, murales y figuras que refuerzan lo conversado.
9. **Sea preciso:** por ejemplo "Fíjese periódicamente en los hilos del DIU, no resulta claro y no es fácil de seguir. Resulta más claro: "Pasado el período menstrual, lávese las manos. Luego coloque el dedo bien adentro de la vagina hasta tocar los hilos del DIU. Si los hilos parecen más largos, más cortos, no están o no los toca, acuda nuevamente a la unidad de salud.
10. **Haga asociaciones:** ayude al adolescente a guiarse por un acontecimiento habitual que les recuerde que deben hacer algo. Por ejemplo: "En la primera comida del día puede tomar la píldora"
11. **Verifique si le han comprendido:** para al adolescente que repita las instrucciones más importantes. Esto les ayudará a recordarlas. Además puede corregir cualquier error.
12. **Envíe a la casa al adolescente con material impreso simple.** Examine primero este material con el adolescente.

Adolescentes con necesidades especiales

1. La consejería anticonceptiva a adolescente con necesidades especiales requiere una mayor consideración.

2. Las decisiones sobre una anticoncepción apropiada deben tener en cuenta la naturaleza de la discapacidad, los deseos expresos del adolescente y la persona adulta (madre, padre, tutor) y la naturaleza del método, además de basarse en una elección informada.

3. Deben tomarse consideraciones especiales para las personas con discapacidad mental o con enfermedades psiquiátricas graves.

4. Cuando la naturaleza de la condición no permite una elección informada, los anticonceptivos se deben proporcionar solo después de una discusión exhaustiva con todas las partes involucradas en el núcleo familiar. Los derechos reproductivos de la persona se deben considerar en cualquiera de estas decisiones.

Anticoncepción de adolescentes con enfermedades crónicas y discapacidad mental

1. Este es un tema que preocupa a los y las adolescentes, los padres y las madres y a los/las Consejeros/as. Los y las adolescentes con enfermedades crónicas y/o discapacidad mental tienen deseos y preocupaciones sobre los aspectos de la sexualidad semejantes a los que tienen los y las demás adolescentes.

2. Tradicionalmente, la sexualidad y la anticoncepción de las personas con alguna discapacidad se ha considerado un tema tabú, manteniéndolo en el silencio y la marginación por la tendencia natural a tratarles siempre como si fueran niños y niñas, sobreprotegiéndolos y negándoles su capacidad para relacionarse sentimentalmente.

3. Los y las adolescentes con enfermedades crónicas y con alguna discapacidad son más vulnerables desde el punto de vista sexual. Las dificultades para el desarrollo de su sexualidad están en función de las limitantes de su enfermedad. Aun aquellos con alteración de la medula espinal pueden experimentar excitación y orgasmo de alguna manera, a través del contacto con otras partes del cuerpo y la fantasía. Tienen, entonces, derecho a información y al acceso adecuado a los métodos anticonceptivos.

4. Cuando la deficiencia mental impide que la adolescente pueda tomar decisiones informadas, los padres deben tomar la responsabilidad de escoger algún método de alta eficacia no controlado por la adolescente. Las discapacidades físicas o mentales no deben ser sinónimo de solicitud de ligadura de trompas. En forma excepcional, se podrá informar sobre la anticoncepción quirúrgica cuando sea solicitada por los padres o tutor.

Derechos de los y las usuarios/as en la Consejería en Planificación Familiar

1. **Dignidad:** ser tratado con cortesía, consideración y respeto

2. **Información:** conocer los nombres de las personas que lo atienden, aprender cuales son las opciones relacionadas con la salud reproductiva y que todas sus preguntas sean respondidas honesta y correctamente.

3. **Acceso:** recibir los servicios sin tener en cuenta el sexo, creencias, estado conyugal, grupo étnico o edad.

4. **Elección:** decidir libremente si tener hijos o no, practicar o no la planificación familiar y elegir el método. Decidir a favor o en contra de cualquier tratamiento. Además, cambiar de idea y escoger nuevas opciones cuando lo desee.

5. **Seguridad:** poder practicar la planificación familiar de manera segura y eficaz.

6. **Privacidad:** recibir orientación sin que otros puedan oír o interrumpir.

7. **Confidencialidad:** saber que la información personal no se repetirá a otros.

8. **Comodidad:** ser tratado en un ambiente que se sienta agradable.

9. **Continuidad:** recibir los servicios y suministros siempre que los necesite.

10. **Opinión:** expresar su opinión acerca de los servicios.

Características de los y las adolescentes que demandan Consejería en Planificación Familiar

1. En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben estar claro también que muchos de los mismos criterios de elegibilidad que se aplican a personas mayores también se aplican a personas jóvenes.
2. Los aspectos sociales y conductuales deben ser consideraciones importantes en la elección de los métodos anticonceptivos para las adolescentes. Por ejemplo, en algunos ámbitos, las y los adolescentes están expuestos a un riesgo mayor de ITS, incluido el VIH, y esto debe ser considerado a la hora de elegir un anticonceptivo, para asegurar la doble protección.
3. Se ha demostrado que las adolescentes, casadas o no, son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuación. Esto significa que la información sobre los efectos colaterales debe estar muy clara antes de iniciar el uso para evitar la discontinuación de un método con el consecuente embarazo no planificado.
4. La elección del método puede estar influenciada por factores como patrones de relaciones sexuales esporádicas y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, algunas adolescentes escogen la inyección, porque así solo ellas saben que están usando un método anticonceptivo. Las adolescentes sexualmente activas que no están casadas pueden tener necesidades muy diferentes de aquellas que sí lo están.

5. La Consejería brindada de forma apropiada, tanto antes, en el momento de la selección del método y en las consultas de seguimiento, pueden ayudar a las adolescentes a tomar decisiones informadas, voluntarias y adecuadas a su estilo de vida, a lidiar mejor con los posibles efectos colaterales y a solicitar el cambio de método si lo necesitan. Es decir, a usar con más seguridad y satisfacción la anticoncepción como un medio para realizar un proyecto de vida más saludable.

Opciones anticonceptivas

1. El uso de la anticoncepción se basa en la libre elección de la adolescente, después de recibir información adecuada y orientación o asesoramiento, respetando los criterios médicos de elegibilidad y las Normas de Planificación Familiar del Ministerio de Salud.
2. Prácticamente todas las adolescentes recibirán métodos anticonceptivos reversibles; los métodos permanentes solo podrán ser utilizados por adolescentes en casos muy excepcionales.
3. La gran mayoría de las adolescentes no presentan condiciones médicas que limiten el uso de algunos métodos, razón por la cual la gran mayoría puede escoger entre todas las opciones disponibles de acuerdo a sus preferencias y necesidades.
4. Con excepción del preservativo -masculino y femenino- los métodos anticonceptivos no protegen contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida. Se debe recomendar el uso de doble protección a todas las adolescentes.
5. La eficacia anticonceptiva de los métodos controlados por la adolescente depende en gran parte de la adherencia a las instrucciones de uso, se estima que muchas de ellas no cumplen estrictamente las instrucciones de uso.
6. Los consejeros/as deben ofrecer anticoncepción de emergencia, como una opción cuando ocurre una relación sexual desprotegida en una mujer que no desea quedar embarazada.
7. Cualquiera que sea el método elegido, él o la consejera debe ofrecer la posibilidad de consultar siempre que la usuaria sienta la necesidad de hacerlo, porque está presentando algún efecto secundario o porque tiene dudas sobre el método.
8. Con excepción de los métodos permanentes los métodos anticonceptivos no permanentes o reversibles no tienen ningún efecto en la fertilidad futura, independientemente del tiempo de uso. Solo los inyectables que contienen solamente progestágeno producen un retraso del retorno de la fertilidad.

Métodos Anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se les emplea. Si la pareja desea tener más hijos/as, la adolescente puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha. El término paridad se refiere al número de hijos que cada pareja decide tener.

Preguntas frecuentes de los y las adolescentes

1. ¿Cuál es la importancia de utilizar métodos anticonceptivos?

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada, a mantener el Proyecto de Vida, conservar tu salud y alcanzar tus metas.

2. ¿Cuáles son los métodos que pueden ser utilizados por los/as adolescentes?

En la actualidad se cuenta con métodos anticonceptivos seguros y

prácticamente sin repercusiones en la salud. La mayoría de los métodos temporales pueden ser utilizados por adolescentes.

Los métodos que ofrecen una mayor seguridad anticonceptiva son: los hormonales (pastillas e inyecciones) y el **DIU**. Cuando además de la prevención de un embarazo, se desee evitar el adquirir una ITS, incluyendo el VIH, deberá usarse el condón o preservativo; **como doble protección (prevención del embarazo y las ITS)**. En los adolescentes no son recomendables los métodos “naturales” o de abstinencia periódica ya que se ha visto que el índice de falla es muy alto.

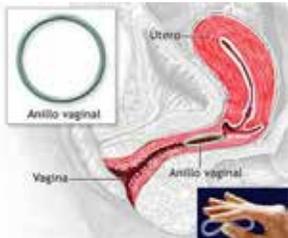
3. ¿Qué debe saber el/la consejero/a cuando el/la adolescente desea un método anticonceptivo?

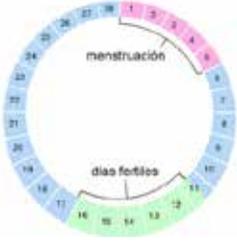
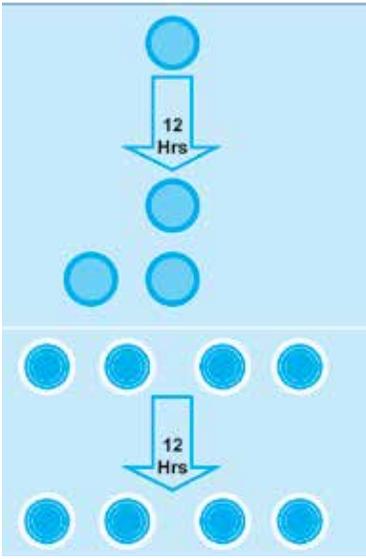
Cuando el/la adolescente decide solicitar un método anticonceptivo, es importante ayudarlo a identificar algunos aspectos sobre su comportamiento sexual y sobre sus deseos reproductivos para favorecer la mejor elección. Entre ellos, converse sobre los aspectos que a continuación se detallan, para que cuando asista a la unidad de salud conozca sobre la variedad de métodos disponibles y esto le facilite tomar una decisión informada. Entre estos aspectos se destacan:

- inicio de relaciones sexuales
- número de parejas sexuales
- planeación de las relaciones sexuales
- frecuencia de relaciones sexuales

Recordar

- Conocer cuáles son las ideas, creencias, valores, actitudes y prácticas, que tienen las mujeres y los varones en su comunidad relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- Aclarar a el/la adolescente, conceptos errados y casos que conoce; indicando que todos los organismos son diferentes y que lo ocurrido a su vecina o amigo, no necesariamente le pasará a ella o a él.
- Brindar señales de aliento:
 - “Si...”
 - “Ya veo...”
 - “Te estoy escuchando,,,”
 - “mmm, jjj...”
 - “Podrías contarme alguna otra inquietud”

Opciones anticonceptivas		
Hormonales		
	Anticonceptivos hormonales femeninos	Píldoras Combinados Estrógeno/progesterona (monofásicos/trifásicos) o Progestágeno solo o inyectables
	Implantes	6 cápsulas de silastic que contienen progestágeno
	Anillo vaginal o NuvaRing	Anillo de silastic impregnado con etinil estradiol y etonogestrel (duran 21 días)
Barreras masculinas y femeninas		
	Preservativo o condón masculino	
	Preservativo o condón femenino	
	Dispositivo intrauterino (DIU) o T de cobre.	

Opciones anticonceptivas		
Basados en el conocimiento de la fertilidad		
	<p>Registro de ciclo menstrual</p>	
	<p>Ciclo de período fértil</p>	
Anticoncepción de emergencia		
	<p>Progestágeno solo (levonorgestrel)</p>	<p>Esquema clásico: una dosis cada 12 horas de 0.75mg de progestágeno</p> <p>Esquema nuevo: tomar juntos los dos comprimidos de 0.75mg de progestágeno</p>
	<p>Método de Yuzpe (con anticonceptivos orales comunes)</p>	<p>4 comprimidos que contengan etinil estradiol de 0.03mg + levonorgestrel 0.15mg que se repiten a las 12 horas.</p>

Doble protección

Métodos de doble protección: $a + b =$ prevención de embarazos e ITS, VHI

a) Método principal para prevenir embarazo



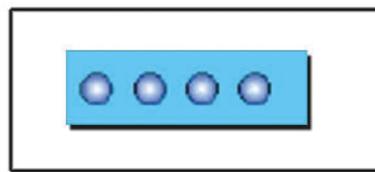
b) Uso consistente condón para prevención de ITS, VHI



En casos de accidente (rotura o deslizamiento) con el condón como medio principal de prevención de embarazo, agregar toma de alguno de los esquemas de AOE.



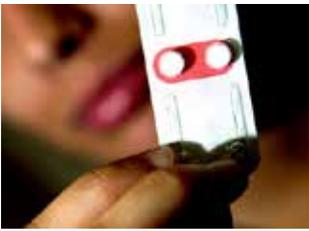
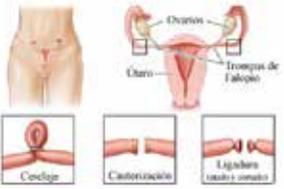
→
Si se necesita

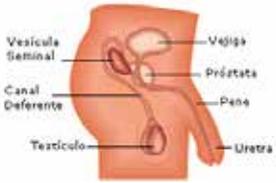


Como responder las principales inquietudes de adolescentes y jóvenes en Anticoncepción

Método Anticonceptivo	Inquietud del adolescente	Posibles respuestas como consejero
	“Ocuparse del condón es cosa del hombre.”	Si hay confianza, la mujer puede proponer su uso ya que el no usarlo la afecta a ella también..
	“Puede causar daño a la próstata porque no desahoga todo, y queda oprimido.”	El condón se ajusta lo necesario para que no se salga y quede en la vagina durante la relación sexual. La cantidad de semen que se elimina es igual y por tanto, no produce daño a la próstata.
	“A la mujer le puede hacer daño en su parte la grasa del condón.”	Hasta hace unos años, los condones contenían una sustancia llamada nonoxinol que causaba irritación. En la actualidad, son pocas personas las que presentan alergia a algún componente del preservativo, y esto se soluciona cambiando de marca de condón, o fijándose que el que se compra no tenga esa sustancia (nonoxinol)
	“Los condones se pueden romper o tienen hueco.”	Demostrar que el condón esta hecho de un material flexible y puede colocarse en la mano a modo de guante, se estira y no se rompe
	“Si uso condón no siento nada.”	El condón está formado por una capa de látex extremadamente delgada, no interfiere con el proceso de excitación de la pareja. Colocarle un condón en la mano y tocarle con los dedos para que vea que se siente igual
“Ponerme el condón me corta la inspiración.”	Es cuestión de costumbre. La colocación del preservativo puede formar parte del “juego previo” y aumentar así el placer de la relación.	

Método Anticonceptivo	Inquietud del adolescente	Posibles respuestas como consejero
	<p>“Creo que puede causar cáncer porque está pegado a mi carne...”</p>	<p>La T de Cobre está hecha de un material parecido al plástico, pequeño y flexible, se puede sacar con mucha facilidad. Sí se pegara a la carne (útero) sería difícil de sacar, su función es impedir el encuentro del óvulo y el espermatozoide. En la actualidad se sabe que el Cáncer del Útero no tiene nada que ver con la T de Cobre</p> <p>La mejor manera para detectar precozmente el cáncer es haciéndose el Papanicolaou anual, eso evitará esa preocupación.</p>
	<p>“A veces la T de cobre se mueve, se inflama y duele...eso sirve solamente a las mujeres en la ciudad, no en el campo.”</p>	<p>No tomes a la ligera lo que escuchas, tranquilízate ya que la T de Cobre permanece en el útero igual que una semilla dentro de su cáscara, por tanto se mueve muy poco. Puede que ocurra algo de dolor y sangrado o goteo inmediatamente después de la inserción, por lo común desaparece después de uno o dos días.</p>
	<p>“Sangro bastante cuando me viene mi regla...”</p>	<p>El aumento del sangrado menstrual es un efecto de la T de Cobre que desaparece a los meses de su uso. Si es muy intenso hay que referir a la unidad de salud.</p>
	<p>“Me voy a engordar o me puedo “poner flaca” para siempre...”</p>	<p>Puede ser que aumente un poco de peso porque la píldora hace que su organismo retenga un poco de líquido; o que pierda un poco de peso, debido a que después de cierto tiempo la retención que produce al tomarla durante los primeros tres meses tienden de desaparecer. La recomendación es que coma pocas harinas y pocas grasas.</p>
	<p>“Cuando deje de usar la píldora, voy a tener problemas para quedar embarazada.”</p>	<p>Al dejar de tomar la píldora podrás tener hijos al mes siguiente. Con la ampolla puede demorarse entre seis meses y un año, pero con la píldora, no.</p>
	<p>“Las pastillas vuelven caliente a la mujer”</p>	<p>Lo que ocurre es que la mujer pierde el temor a salir embarazada y está más abierta a disfrutar de su relación de pareja, eso hace que esté más motivada y dispuesta.</p>

Método Anticonceptivo	Inquietud del adolescente	Posibles respuestas como consejero
	<p>“La ampolla detiene la sangre, porqué desaparece la regla.”</p>	<p>“La inyección hace que la capa de la matriz que sangra no se forme de esa manera “engaña” al organismo que está embarazada y cuando una mujer está embarazada no menstrua”.</p>
	<p>“La sangre que no menstrúa se sube a la cabeza, y también se engorda.”</p>	<p>Principalmente la ampolla impide la ovulación (salida del óvulo de los ovarios) por tanto, el cuerpo no produce la sangre menstrual y entonces no sube a ningún órgano. Sí es posible el aumento de peso que puede controlarse haciendo cambios en la alimentación.</p>
	<p>“Impide el embarazo en los días y semanas siguientes luego de tomarla.”</p>	<p>No protege de un embarazo si mantiene contacto sexual sin protección en los días o semanas siguiente. Aconseje utilizar un método de barrera, como el condón, para el resto de su ciclo menstrual. Al comienzo de su siguiente ciclo menstrual, puede utilizar un anticonceptivo diferente.</p>
	<p>“Hace que la menstruación llegue inmediatamente.”</p>	<p>No, la adolescente debe saber que su período menstrual puede adelantarse o atrasarse de la fecha normal.</p>
	<p>“Si tomo unas cuantas pastillas adicionales, me aseguraré de no embarazarme.”</p>	<p>No debe tomarse sin indicación del personal de salud. La dosis extra podría aumentar efectos desagradables pero no aumentaría la efectividad.</p>
	<p>“Me da dolor de cabeza... y dicen que puedo allocarme”</p>	<p>La ligadura de trompas, no causa dolor de cabeza ya que solo se ha cortado el “camino” de los espermatozoides para que no se encuentren con el óvulo. Los ovarios, que es donde se producen las hormonas y los óvulos de la mujer, no se han tocado. La menstruación seguirá viniendo igual. Si se presenta dolor de cabeza, puede ser de origen emocional, pues a algunas mujeres les termina afectando la idea de no poder tener más hijos, a pesar que al principio parecían estar seguras de la decisión.</p>

Método Anticonceptivo	Inquietud del adolescente	Posibles respuestas como consejero
<p>Antes de la Vasectomía</p> 	<p>“Es mentira el efecto de la vasectomía, eso es un engaño. Yo me la hice y mi pareja está embarazada. He ido a reclamarle al Centro de Salud, pero me dice que son cosas que pasan.”</p>	<p>La vasectomía comienza a ser efectiva 3 meses después de la operación y por ello se recomienda usar condones en ese período; incluso para el juego sexual preliminar sin penetración porque el hombre tiene un líquido seminal previo que también contiene espermatozoides</p>
<p>Después de la Vasectomía</p> 	<p>“La relación sexual ya no es igual que antes para mí, ha cambiado. Es muy raro, parece que siento menos placer.”</p>	<p>En la vasectomía, solo se ha cortado el “camino” por donde pasan los espermatozoides. Sin embargo, la producción y el volumen de semen no se alteran, sólo que éste ya no contiene espermatozoides. Los testículos, que son los órganos que producen las hormonas masculinas y que son importantes para la respuesta sexual masculina, no han sido afectados en la operación.</p>

Recordar

- Use oraciones cortas y lenguaje que pueda entender la o él adolescente o joven
- Ponga la información en una secuencia lógica
- Remarque los puntos importantes de acuerdo al Modelo CETE
- Hable a un ritmo cómodo para él/la adolescente.
- Asistir al adolescente a evaluar sus propios sentimientos, emociones y opiniones en relación con los diferentes métodos anticonceptivos.
- Brindar información adecuada para ayudarle a tomar una decisión informada.
- Actuar como apoyo emocional del o la adolescente que busca ayuda.
- Esperar el momento adecuado para realizar preguntas que ayuden a establecer el clima de confianza y sus principales dudas e inquietudes:
 - “¿Tenés información sobre algún método en particular o necesitas que te apoye?”
 - “¿Pensás que puedo ayudarte?”
 - “¿Necesita información?”
 - “¿Tenés sentimientos, actitudes o comportamientos que se relacionen con el uso de anticonceptivos?”
 - “¿Estás teniendo dificultad para tomar una decisión?”



Ejercicio de autoreflexión - Orientaciones

A continuación se presentan varios ejercicios de autoreflexión que le ayudará a conocer mejor: ¿cómo reaccionaría ante determinadas situaciones que presenten los adolescentes?; ¿qué respuesta daría?; ¿cuáles son las ideas o imágenes previas (pre-conceptos) que tiene sobre los adolescentes? para superar los aspectos que considere pueden interferir durante la consejería.



Objetivo:

Identificar las fortalezas y limitaciones para mejorar las habilidades como consejero/a.



Materiales:

Hojas de ejercicios de autoreflexión, lápiz de grafito, resaltador.



Duración:

El tiempo de cada Ejercicio de Autoreflexión depende de su habilidad para pensar en las alternativas que daría ante las situaciones planteadas, lo ideal es que como máximo tarde 30 minutos; este es el tiempo ideal que puede durar una consejería para adolescentes.



Procedimiento:

1. Debe preparar un lugar para responder cada pregunta del ejercicio (ya sea en su casa, en la unidad de salud o en algún lugar de la comunidad, donde te sientas cómodo, imaginando cada situación o pregunta para responder con honestidad cada una de ellas. Vuelva a su etapa de adolescencia y llene los ejercicios.
2. Después de realizar cada ejercicio señale con el resaltador que aspectos son los que pueden interferir de manera negativa en la Consejería.
3. Toma un tiempo después de hacer las consejerías para hacer los ejercicios nuevamente, así descubrirá como poco a poco los aspectos negativos identificados en el primer momento se van mejorando. Si desea compartir con algún miembro de la familia, o colegas, amigos/as puede hacerlo; así recibirá sugerencias que le ayuden a ser día a día mejor consejero/a.
4. Describa todas las ideas posibles que se vienen a su mente para buscar las respuestas a cada ejercicio, pensando que en ese momento tiene un adolescente que está platicando algo relacionado con ese tema.
5. Busque en las conclusiones, al final de cada ejercicio, la importancia de responder uno a uno cada planteamiento.

Ejercicios de autorreflexión para ser Consejero/a



Ejercicio de Autorreflexión No. 1

“YO, que diría”

No.	Preguntas que hacen adolescentes y jóvenes a sus consejeros/as	Mi respuesta como consejero/a
1	Tengo novio, estoy muy enamorado/a podemos tener relaciones sexuales, que dices?	
2	Mis padres no saben que tengo novio y estamos saliendo, les puedo contar?	
3	Mi pareja quiere que tengamos un hijo/a, pero no me siento preparado/a.	
4	No deseo embarazarme, como le digo a mi novio. Tengo miedo que me deje.	
5	Estoy usando métodos anticonceptivos, mis padres no lo saben. Que hago si se dan cuenta?	

Nota: recuerde utilizar el modelo CETE de la consejería

Ejercicios de autorreflexión para ser Consejero/a



Ejercicio de Autoreflexión No. 2

“Que decidiría en su lugar”



Objetivo:

Prepararme para brindar una Consejería efectiva, pensando antes de actuar, en los beneficios, riesgos, consecuencias, alternativas de solución ante una situación similar.



Orientaciones:

Reflexiono sobre ¿qué decidiría ante una situación como esta. O ¿cómo ayudaría a otros/as adolescentes o jóvenes con casos similares?.



Caso de Fernanda

Fernanda tiene un novio, Mario, desde hace un año está muy enamorada de él. Ella se siente muy contenta con esta relación, y desea que dure para siempre. Últimamente los besos y caricias se han hecho más intensos, por eso, Fernanda se encuentra preocupada porque siente que llegaría un día que no podrá frenarse la emoción y terminen “haciéndolo”. La verdad es que ella prefiere decir lo que siente a Mario, antes de enfrentarse a esa situación; pero otras veces prefiere callar.

Preguntas de reflexión:

1. ¿Qué opciones tiene Fernanda?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

2. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de sus opciones?

Ventajas	Desventajas
a.	a.
b.	b.
c.	c.

3. ¿Qué cosas podría hacer Fernanda para tomar una decisión?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

4. ¿Cómo podría Fernanda tomar la mejor decisión?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

5. ¿Qué decisión tomaría si fuera Fernanda? ¿Por qué?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Embarazo en la Adolescencia

En todo el mundo, las complicaciones del embarazo son una de las principales causas de muerte de las jóvenes con menos de 20 años. Ellas tienen dos veces más riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio, que las mujeres con 20 años o más. Y esta posibilidad aumenta hasta cinco veces cuando se comparan embarazadas menores de 15 años con las mayores de 20 (Treffers 2001).

Múltiples factores contribuyen al embarazo en la adolescencia. Uno de ellos es la pobreza, como causa y como efecto. Esta lleva al embarazo como una forma de conseguir cierta seguridad económica y personal, a la vez que se acompaña de una menor escolarización y por consiguiente de menos información y educación sobre la sexualidad, la reproducción; creencias erróneas sobre los métodos anticonceptivos y una mayor dificultad para acceder a ellos, son algunas de las consecuencias.

Los aspectos de género son elementos clave. Se advierte una baja valoración de las adolescentes mujeres, quienes a través del embarazo consiguen mejorar su posición social al adquirir así el papel de esposas o madres. Las adolescentes se encuentran en desventaja a la hora de negociar con sus compañeros sexuales el uso de métodos anticonceptivos, puesto que la sociedad les asigna papeles de sumisión y las invalida para tomar decisiones.

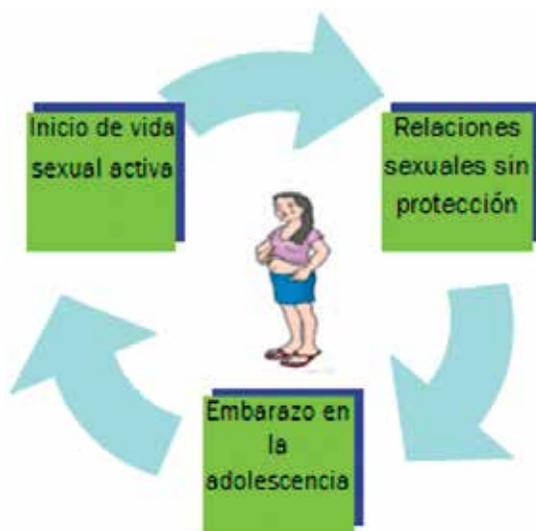
Por oposición, los varones se presentan sin responsabilidades a la hora de prevenir un embarazo o las consecuencias que éste pueda generar; es más, se valoriza el tener relaciones sexuales.

Se estima que un número importante de los embarazos no deseados en adolescentes solteras terminan en aborto, lo cual plantea un grave problema de salud pública puesto que la mayoría de esos abortos se realizan en malas condiciones y son practicados por personas que carecen de formación médica, o se llevan a cabo en establecimientos donde no se satisfacen las normas mínimas de higiene y atención.

Múltiples indicadores dan cuenta de la gravedad del embarazo en adolescentes; altas tasas de mortalidad de las madres y de sus recién nacidos, morbimortalidad de los niños, deserción escolar y dependencia económica, que entre otras causas mantienen la transmisión intergeneracional de la pobreza.

La maternidad y la paternidad son roles de la edad adulta. La adolescencia no es la mejor etapa para ser padre o madre. El embarazo en la adolescente es una crisis que se impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios físicos, emocionales y sociales acentuando los conflictos no resueltos propios del desarrollo.

Las consecuencias son variadas y dependerán de la historia personal, del contexto familiar y social y del momento de la adolescencia por las cuales se esté atravesando, ya que existen diferencias entre las adolescentes que recién comienzan a transitar esta etapa de la vida, quienes están en la etapa intermedia o resolviendo la salida.



Como causas más comunes de los embarazos adolescentes se puede citar: falta de orientación, información y educación sexual; escaso control de los impulsos sexuales; presión grupal para tener relaciones sexuales; sentirse invulnerables “eso a mí no me va a pasar”; querer reafirmarse como mujer o como hombre, características de soledad, baja autoestima, o inseguridad; sobre erotización provocada por los medios masivos de comunicación.

Cada vez más se señala que las variables que determinan el embarazo adolescente son de tipo afectivas y de relación familiar, no de falta de información. Además, el embarazo en esta etapa produce, en muchos casos, un círculo repetitivo que puede terminar por convertir al bebé de la adolescente en un nuevo padre o madre adolescente.

Por otro lado, los problemas familiares generan en la adolescente la búsqueda de cariño o quizás huir de las dificultades vividas en el hogar, la aferran al primer novio que encuentran. Algunos embarazos se dan como una forma de “venganza” para castigar a los padres por resentimientos acumulados durante la etapa de adolescencia. En ocasiones por dificultades económicas, carencia de oportunidades que crean en la muchacha la ilusión que un compañero o marido, les dará lo que sus padres no han podido darles.

La confirmación del embarazo en la adolescente provoca serios trastornos psicológicos: ansiedad, pérdida de autoestima, frustración, sentimientos de culpa por haber fallado a los padres, temores, angustia, sensación

de no tener salida, conflictos familiares, y sumado a esto muchas veces el abandono del padre del futuro bebé.

Se cree que un hijo/a románticamente es la mejor muestra de amor que los unirá para siempre. Algunas muchachas se embarazan por la amenaza de los novios de que si no le dan la famosa prueba de amor, las abandonan.

El embarazo en la adolescencia generalmente representa un problema. No existen condiciones que favorezcan a las jóvenes. Pueden presentarse algunas dificultades dado que no ha alcanzado su completo desarrollo y puede producir complicaciones. Muchas no acuden a las unidades de salud debido a que tienen temor de ser descubiertas por sus padres o personas conocidas.

Otra complicación que se presenta son las consecuencias que el embarazo tiene en la vida emocional de la adolescente ya que no cumplió con la expectativa de sus padres “fallaste”, “traicionaste la confianza”, “sos la vergüenza de la familia”.

A nivel personal la adolescente piensa: “nunca seré la misma”, “la madre soltera, es mujer de segunda mano”, “no vales lo suficiente”, “será una marca para siempre del error que cometi”.

Otra limitante que sufre la madre adolescente es que algunas escuelas no admiten adolescentes embarazadas, teniendo que dejar los estudios, dedicarse a las labores domésticas. Su bajo nivel de escolaridad las hace más vulnerables a conseguir empleos con poca remuneración, búsqueda de nuevas parejas en el caso de ser madres solteras, exposición a la violencia, a tener hijos muy seguidos lo que tiene consecuencias en una mayor pobreza dentro de la familia.

El muchacho, asustado por una experiencia tan fuerte a tan corta edad, termina huyendo de la responsabilidad, muchas veces con el apoyo de los padres, o se inclina por la solución más fácil, que es negar la paternidad. Después del embarazo no planificado la adolescente no volverá a ser la misma, puede tomar algunas de las siguientes opciones:

1. Casarse con su novio o pareja, quien seguramente no tiene los recursos ni la madurez para asumir la responsabilidad. Generalmente este tipo de unión tiende al fracaso en un 98%.
2. Ser madre soltera, enfrentar sola la experiencia y cambiar su vida para adaptarse a todos los acontecimientos de su nueva situación.
3. Tener el hijo/a o darlo en adopción. O muchas veces entregarlo a los abuelos para que asuman la responsabilidad de la maternidad y paternidad.

Particularidades de la Consejería con la adolescente embarazada

1. Asegure el mantenimiento de la confidencialidad.
2. No juzgue a la adolescente en base a sus preconceptos y valores.
3. Respétela y apóyela, cualquiera sea la decisión asumida.
4. Cuando la familia desconoce el embarazo, se recomendará elegir a la persona en quien más confíe la adolescente para transmitir la noticia, cómo hacerlo y en qué momento.
5. Si no puede comunicarlo sola, ofrecer un espacio para el diálogo con los padres, en una entrevista conjunta.
6. Explorar si su pareja la apoya con el embarazo, si fue un embarazo acordado por los dos o si es producto de una violación sexual.
7. Brindar apoyo emocional y reducir la angustia.
8. Apoyarla en todas las alternativas posibles relacionadas con su embarazo para que pueda tomar la mejor decisión en ese momento.
9. Hacer preguntas que motiven a la reflexión sobre su decisión:
 - a. Has pensado seguir adelante con el embarazo?
 - b. Crees que podas continuar estudiando?
 - c. Si tus padres te apoyan, estarías dispuesta a asumir tus planes que tenias antes

- d. Si tu pareja no te apoya, cuales son las cosas que tenes en mente hacer?
- e. Sabes las consecuencias que tiene la maternidad? Estabas preparada para ello?
- f. Como imaginas tu vida después del embarazo?

Aspectos a abordar en la Consejería

Durante la Consejería es importante hacer énfasis en la asistencia a la atención prenatal para identificar de manera oportuna los riesgos que se puedan presentar. Además se debe compartir, sobre la necesidad de iniciar idealmente la atención prenatal, antes de las 12 semanas. Hacer citas mensuales hasta las 23 semanas, quincenales desde las 24 y hasta las 36 semanas; desde las 37 semanas y hasta el nacimiento de manera semanal.

Otros temas que deben ser abordados, en forma individual o grupal con los futuros padres adolescentes son los siguientes:

- Higiene corporal y técnica de auto-cuidado.
- Actividad física durante el embarazo, posparto inmediato y alejado.
- Alimentación durante el embarazo.
- Consumo de tabaco alcohol y drogas.
- Sexualidad y afectividad.
- Modificaciones corporales en los diferentes trimestres (enseñando los signos y síntomas más frecuentes de alarma).
- Derechos laborales de la embarazada y la madre durante el amamantamiento.
- Maternidad y paternidad responsables.
- Estímulo de conductas que favorezcan el apego madre-hijo.
- Cuidado del recién nacido.
- Lactancia materna.
- Formas de reinserción del binomio madre-hijo al núcleo familiar, social y cultural.
- Reincorporación al sistema educativo y laboral.
- Anticoncepción después del parto.
- Información de instituciones que ayudan a la adolescente embarazada y madre adolescente.
- Prevención y tratamiento de ITS y VIH. Recordar siempre que el embarazo es una gran puerta de entrada para el tratamiento y para prevenir la transmisión vertical de VIH.
- Prevención de sífilis congénita.
- Control para la Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo del recién nacido.

Consejería nutricional en la adolescente embarazada

1. En la embarazada, y durante la lactancia, aumentan las necesidades proteínicas, energéticas y de todos los nutrientes. Durante el primer trimestre, casi no hay incremento de las necesidades alimentarias. Ya en el segundo y tercer trimestre es aconsejable un suplemento alimenticio.

2. Las adolescentes embarazadas y que llevan una vida sedentaria requieren de mayores calorías que una adolescente activa en la etapa final del crecimiento (2,400-2,600 Kcal diarias).

3. La adolescente que no consume leche o derivados, debe incorporar a su dieta ese consumo durante el embarazo. También es conveniente que incluya en su alimentación el consumo de alimentos ricos en hierro, ya que el problema de la anemia es relativamente común en este estado.

4. Para evitar la constipación, es aconsejable el consumo de frutas, verduras, cereales integrales y líquidos que aceleran el tránsito intestinal.

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

Consejería para promover la paternidad/maternidad adolescente:

1. Reuniones en grupos de apoyo

(mensuales) con padres, madres y, eventualmente, abuelas.

2. Estos adolescentes podrán compartir sus experiencias con futuras/os madres/padres adolescentes.

3. Facilitar contención y ayuda.

4. Fomentar la paternidad y el sustento no solo económico, sino emocional del recién nacido.

6. Estimular para completar la educación.

7. Reinserción al medio familiar, educacional, social y laboral. Relación con las abuelas.

8. Relaciones equitativas entre varones y mujeres.

9. Empoderamiento para la toma de decisiones y autoestima.

Para ayudar a los y las adolescentes a aprender a decir “no” a las relaciones sexuales, puede animarlos a adoptar los pasos siguientes:

Paso 1: expresar claramente sus intenciones.

Paso 2: decir “no” y determinar el problema o la cuestión.

Paso 3: decir “no” y determine las consecuencias o efectos.

Paso 4: sugerir otras posibilidades.

Paso 5: mantener su posición inicial.

Por ejemplo, si una persona propone tener relaciones sexuales porque “todos lo están haciendo”, a continuación se menciona lo que él o la adolescente podrían responder:

Paso 1:

“No, no quiero tener relaciones sexuales.”

Paso 2:

“¡No! No todos están teniendo relaciones sexuales. Algunas personas hablan de sexo, pero eso no quiere decir que tengan relaciones sexuales. Algunas personas no dicen la verdad acerca de sus experiencias”.

Paso 3:

“¡No! Si tengo relaciones sexuales ahora, podría correr el riesgo de un embarazo no planificado, de contraer una ITS o el VIH. Un embarazo no planificado podría hacer que tenga que dejar de estudiar. Una ITS podría causarme problemas de salud graves. El VIH podría causarme la muerte”.

Paso 4:

“Es mejor que me vaya a mi casa ahora mismo.”

Paso 5:

“No estoy preparado(a) para tener relaciones sexuales ahora.”

Otro ejemplo: Si alguien propone tener relaciones sexuales para que “le demuestre el amor que le tiene”, se puede decir lo siguiente:

Paso 1:

“Te quiero pero no estoy preparado(a) para tener relaciones sexuales.”

Paso 2:

“No, si me amaras de verdad, te importaría lo que es mejor para mí.”

Paso 3:

“No, si tenemos relaciones sexuales ahora tendríamos riesgo de un embarazo no planificado o de una ITS. Estas dispuesto a asumirlo?”

Paso 4:

“Hay otras formas de demostrarnos que nos queremos, ¿qué te parece si hablamos de ellas?”

“ Paso 5:

“Me importas, pero también me importa lo que me pase a mí. Quiero esperar.”³

Preguntas comunes relacionadas con el embarazo en la adolescencia

³ Adaptado de: CDConsults: Refusal Skills. July 21, 2000; -Peer Pressure: Should I or Shouldn't I ?. July 21, 2000; Teen Sex? It's Okay to Say "No Way.". July 21, 2000

¿Cómo son las madres adolescentes en el país?

- Para algunas de ellas, sobre todo en el área rural, la maternidad tiene un gran valor social. Es una posibilidad para ser tomadas en cuenta por los adultos.
- No se sienten amadas o aceptadas por los demás.
- Buscan en el bebé la posibilidad de tener algo propio por lo que puedan luchar.
- Buscan reafirmar su identidad sexual a través de la maternidad.
- El hijo/a representa para ellas una oportunidad para reivindicarse o para desobedecer las normas familiares.
- Inician su vida sexual para llenar un vacío afectivo y tienen la expectativa de establecer, por este medio, fuertes lazos amorosos.

¿Qué relación existe entre el embarazo adolescente y la escolaridad?

Al contrario de lo que se piensa, la mayoría de las mujeres que se embarazan durante la adolescencia ya han abandonado la escuela. La mayoría de las madres adolescentes no asisten a la escuela, quienes continúan en ella, la abandonan poco antes del parto.

¿De qué manera afecta el embarazo la vida de la mujer adolescente?

El embarazo en la adolescencia representa un alto riesgo, debido a que la mujer aún no ha consolidado su desarrollo físico y no se encuentra en las condiciones emocionales y económicas para formar una familia.

El embarazo en la adolescencia no solo afecta la vida personal y familiar de las mujeres, sino que también agudiza las condiciones de pobreza del grupo familiar. La falta de recursos económicos es un serio obstáculo para una adecuada atención y alimentación de la madre; la falta de oportunidades laborales y la nueva responsabilidad económica de la crianza del hijo/a presentan un complejo panorama futuro, en especial, para los grupos más desfavorecidos de la población.

¿Qué complicaciones médicas tiene el embarazo antes de los 20 años?

- Abortos y parto antes de tiempo; también es común que se practique cesárea durante el parto.
- Es frecuente que el trabajo de parto tenga mayor duración, ocasione

alteraciones en la madre y sufrimiento para salir del vientre de la madre por parte del bebé.

- La pre eclampsia es una de las complicaciones más comunes. Sus síntomas son edema o hinchazón, presión arterial elevada y proteínas en la orina. De no controlarse puede causar eclampsia (enfermedad que daña el sistema nervioso e incluso puede producir la muerte, tanto de la madre como del bebé).

¿Cuáles son los problemas que presentan los bebés de madres adolescentes?

La mortalidad infantil es más elevada cuando las madres son adolescentes, aunque esto se asocia también con los grupos socioeconómicos más desfavorecidos y al descuido alimentario durante el embarazo. Los hijos o hijas de estas madres suelen tener bajo peso y talla al nacer, y en algunas ocasiones pueden tener menor coeficiente intelectual que el normal.

¿Cuáles son las consecuencias psicológicas y sociales que pueden presentar las adolescentes que se embarazan sin planearlo?

- Depresión después del parto.
- Conductas de autodestrucción (suicidios) y sentimientos de culpa. Se enfrentan al rechazo de la familia del novio y de la sociedad en general, que en ocasiones se traduce en maltrato o violencia emocional (desvalorización de la adolescente) y físico.
- También pueden ser obligadas a contraer un matrimonio forzado. Otras adolescentes deciden interrumpir el embarazo y lo hacen en condiciones inadecuadas y con personas inexpertas, lo cual puede ocasionar problemas de salud, tales como infecciones del aparato reproductivo, esterilidad y hasta la muerte.
- Las adolescentes que no habían desertado de la escuela, cuando se embarazan, dejan los estudios, y si los continúan les es difícil responder de igual manera, ante las responsabilidades escolares y maternas. Asimismo ellas se hacen más dependientes de sus padres, o si se unen, de sus suegros ya que necesitan de su ayuda para la atención, educación y manutención del hijo/a.

¿Por qué algunas mujeres adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo?

Aunque la mayoría de las adolescentes tiene cierta información sobre los métodos anticonceptivos, mucha de esta información todavía se encuentra influenciada por mitos y tabúes; además de las creencias culturales influyen de manera decisiva en su uso. Entre las creencias más importantes están el alto valor de la maternidad, la dificultad de las mujeres para negociar el uso del condón, la resistencia de los hombres a aceptar la iniciativa de las mujeres, la dificultad de las mujeres para acudir a la unidad de salud, donde se puedan sentir en confianza, con privacidad y confidencialidad.

¿Qué sucede con los hombres adolescentes ante el embarazo de sus parejas?

Uno de los estereotipos más comunes es que el hombre “huye de su responsabilidad ante la compañera”. Sin embargo estudios recientes demuestran que los hombres asumen también conductas como casarse, unirse después de que nace el bebé y responsabilizarse de la manutención, entre otras. En la actualidad los hombres adolescentes están en un proceso de cambio en cuanto a lo que significa “ser hombre”, y reflexionan sobre el sentido que tiene para ellos la paternidad, así como las satisfacciones y obligaciones que esto implica.

La posibilidad de tener un hijo, ¿retiene a la pareja?

Falso. Es mucho mejor que la pareja decida tener un hijo de manera conjunta, que sea planeado y deseado. Las adolescentes suponen que tener un hijo les puede ayudar para que el hombre formalice su relación con ellas; sin embargo esto es muy relativo. La pareja se puede acercar o distanciar independientemente de los hijos.

Recordar

- Las relaciones sexuales son una decisión muy personal. La decisión de tenerlas o no tenerlas está únicamente en manos de cada persona. Nadie puede tomar la decisión por otro.
- Es natural desear ser amado, y es natural tener sentimientos sexuales. Los jóvenes pueden decidir actuar basándose en sus sentimientos sexuales o esperar.
- El acto sexual tiene consecuencias físicas y emocionales, y no es la única manera de expresar amor.
- Existen buenas razones para posponer las relaciones sexuales. Por ejemplo, es posible que los adolescentes deseen terminar sus estudios primero. Es posible que deseen evitar un embarazo o una ITS, o que simplemente no estén preparados para tener relaciones sexuales ahora.
- Los y las adolescentes no deben sentirse presionados a pagarle a alguien con relaciones sexuales por una invitación, una comida o un regalo costoso.
- Deben ser conscientes de que las películas, la televisión, la radio o las revistas no siempre presentan una imagen muy realista de las relaciones sexuales. Los programas o los artículos hacen insisten en que las relaciones sexuales son agradables, pero no siempre explican las consecuencias de dicha actividad.
- No deben tomar decisiones acerca de las relaciones sexuales cuando han bebido alcohol o usado drogas, puesto que estas sustancias dificultan pensar clara o racionalmente.

Infecciones de Transmisión sexual

Las ITS son importantes debido a su alta frecuencia y porque cuando no son bien tratadas, pueden dejar secuelas reproductivas. En los grupos de adolescentes su prevalencia es mayor que en otros grupos poblacionales, según registros regionales OPS/OMS.

Esto se explica por múltiples factores, como la particular susceptibilidad del tracto genital de las adolescentes, el debut sexual cada vez más precoz, los múltiples compañeros/as sexuales y el no uso de condón. Estos factores se potencian a su vez por circunstancias sociales y ambientales como las áreas endémicas, el abuso físico y sexual, el caos social, la pobreza, el tráfico y abuso de drogas, así como el limitado acceso a los servicios de salud.

Los y las adolescentes son particularmente vulnerables a estas infecciones, que los ponen en mayor riesgo de contraer otras enfermedades más graves como el VIH/sida. En los últimos años ha aumentado la incidencia de algunas de estas infecciones, principalmente la gonorrea en las adolescentes mujeres y la infección por chlamydia en varones y mujeres adolescentes.

La importancia de las ITS se vincula con el riesgo de provocar incapacidad transitoria y por la posibilidad de dejar secuelas como infertilidad, propensión al embarazo ectópico, dolor pélvico crónico, posibles mutilaciones y, en casos extremos, pueden llevar a la muerte.

Factores de riesgo de ITS y VIH

- Edad temprana de inicio de relaciones sexuales (oral, vaginal, anal).
- No uso de preservativos en todas las relaciones sexuales (orales, anales y vaginales).
- Pareja con ITS conocida.
- Hombres que tienen sexo con hombres.
- Múltiples compañeros sexuales; cambio frecuente de pareja sexual.
- Alguna de sus parejas sexuales es VIH positivo o tiene sida.
- Uso de tatuajes y piercings (hechos con materiales contaminados).
- Transfusiones sanguíneas.
- Consumo de alcohol y drogas intravenosas (compartir agujas y jeringas).
- Historia de ITS (sífilis, hepatitis B, condilomatosis, herpes genital, tricomoniasis).
- Abuso sexual.
- Discapacidad mental.
- Adolescentes que viven en las calles.
- Adolescentes institucionalizados (instituciones de menores).
- Adolescentes refugiados o desplazados.
- Promiscuidad familiar.
- Trabajadores/as sexuales.

Aspectos a abordar en la consejería

- Hable en términos simples y precisos, de ser posible escuchar atentamente cuáles son las palabras que usa el/la adolescente
- Partir de conocimientos previos como por ejemplo:
 - ¿ Sabes que es una infección de transmisión sexual?
 - ¿Cuáles conoces?
 - ¿Cómo te parece que se adquieren o transmiten?
 - ¿Sabes que problema puede traer en la persona que las padece?
- Dialogar sobre los estereotipos de género que hacen que hombres y mujeres se expongan al riesgo de contraer una ITS: diferencias de poder para tomar decisiones, miedo al rechazo, miedo a la humillación, entre otros.
- Tomar en cuenta el Manual de consejería en VIH-SIDA del Ministerio de Salud.
- Prestar atención a la sexualidad de los adolescentes.
- Oriente acerca de las ITS: los síntomas, los factores de riesgo, cómo se contraen y cómo se previenen.

- Incentive a buscar atención, en forma rutinaria, ante cualquier síntoma.
- Oriente acerca del uso de: preservativo masculino/ preservativo femenino.
- Promueva la prueba de VIH.
- Dé seguimiento a los casos tratados (vea tratamiento según agente etiológico).

Que informar

- Tipos de agentes de infecciones de transmisión sexual: hongos, tricomonas, clamidias, VIH, hepatitis B y sus respectivos signos y síntomas.
- El contagio con un agente no lo inhabilita para sufrir la infección por otro.
- Informar sobre los riesgos de transmisión de las enfermedades.
- Importancia del retraso en el inicio de las relaciones coitales.
- La protección es fundamental. Solo se logra con preservativo masculino/condón, preservativo femenino o abstinencia sexual (demostración sobre uso correcto del condón).
- Formas de negociación con la pareja para el uso de métodos de protección.
- Importancia de que hable de este tema con la pareja actual o futura pareja.
- Acudir a consulta ante la aparición de los primeros síntomas: flujo, prurito, disuria, ardor, secreción en el pene, etc.
- Hacer referencia a la importancia de la no discriminación por el VIH o Sida

Recordar

1. Escuchar con atención y dar todo el tiempo que sea necesario al adolescente.
2. Orientar sobre todo lo que crea conveniente y no creer que los adolescentes saben todo o no saben nada. No prejuzgue sobre el grado de conocimiento.
3. Promover el uso consistente del preservativo y considerar la posibilidad de distribución gratuita o la posibilidad de venta a bajo costo.
4. Promover la doble protección con preservativo y otro método anticonceptivo
5. Informar que si las relaciones sexuales se inician tardíamente y la pareja es estable, tiene menos riesgo de contraer una ITS.
6. Asegurar la confidencialidad de lo abordado en la Consejería.
7. No olvidar que las ITS pueden tener gran repercusión emocional; en ese caso se deberá promover la REFERENCIA con el equipo de salud mental en caso que fuera necesario.
8. Explicar los que es una infección genital y sus formas de transmisión.
9. Informar los signos y síntomas generales de las ITS, las probables vías de diseminación de la infección, si no se trata.
10. Promover la importancia de realizar las pruebas de VIH/sida siempre que se diagnostique una ITS.
11. Si está embarazada, informar las consecuencias en el parto y el recién nacido.
12. Alertar sobre la relación etiológica entre HPV y cáncer de cuello del Útero.

VIH

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) representa la última y más grave etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La infección por VIH evoluciona en cuatro estadios:

1. Primoinfección: etapa con 5 días hasta 3 meses después de la exposición al virus. Los síntomas son gripales con linfadenopatía, pero cerca de la mitad de las personas son asintomáticas. La replicación viral es muy activa en los linfocitos de los nódulos linfáticos. Se detecta una alta viremia que decae en unas pocas semanas, hasta casi el final de la segunda etapa. La persona puede transmitir el virus luego de ser infectado. Después de la primoinfección hay un periodo llamado ventana inmunológica, que es el tiempo comprendido entre la infección por el VIH y el apareamiento de los anticuerpos anti-VIH en la sangre en cantidad suficiente para su detección por las pruebas. Ese tiempo varía de 3 hasta 6 meses, y se debe hacer la prueba por lo menos después de 3 meses del comportamiento de riesgo para obtener un resultado confiable. Se llama seroconversión cuando se puede detectar el virus por medio del análisis de sangre para VIH.

2. Etapa asintomática o latencia clínica: en ella la persona infectada prácticamente no tiene síntomas o puede presentar adenopatías intermitentes sin compromiso clínico.

3. Etapa sintomática inicial en que se presentan síntomas tales como sudores nocturnos, cansancio, pérdida de peso y también pueden presentarse infecciones oportunistas (candidiasis oral y vaginal, gingivitis, úlceras aftosas, diarreas, sinusitis, herpes simple y herpes zoster). Estos síntomas pueden hacer sospechar de una infección por HIV pero no son específicas.

4. Etapa clínica de sida. En esta etapa ya está instalada la enfermedad, que se caracteriza por aumento de la viremia, bajo recuento de linfocitos y/o enfermedades oportunistas, tales como candidiasis esofágica o pulmonar, herpes persistente, tuberculosis, citomegalovirus, toxoplasmosis, molusco contagioso y condilomas acuminados y otras. Se observan también, con alguna frecuencia, neoplasias como el sarcoma de Kaposi, linfomas y el carcinoma de cuello uterino. La infección producida en el sistema nervioso central se manifiesta, frecuentemente, en la encefalopatía asociada al VIH que puede llevar a la demencia o a la muerte.

Vías de transmisión

El virus se transmite por el contacto de una persona sana (no infectada) con sangre, secreción vaginal, esperma o leche de una persona infectada, con o sin síntomas de la enfermedad, que puede ocurrir por:

Transmisión sexual

- Sexo vaginal sin condón
- Sexo anal sin condón
- Sexo oral sin condón

Transfusiones y material cortopunzante

- Uso de jeringa por más de una persona
- Transfusión de sangre contaminada
- Materiales corto punzantes no esterilizados

Transmisión Vertical

- De la madre infectada al bebé, en el embarazo, parto o lactancia

La consejería en VIH dirigida a adolescentes, está orientada a:

- aumentar el acceso de adolescentes a las intervenciones prioritarias para la prevención del VIH: información, habilidades y servicios.
- identificar la vulnerabilidad de las adolescentes para generar cambios.
- contribuir a disminuir la prevalencia en la gente joven, mediante la toma de decisiones y el plan de seguimiento para asumir estilos de vida saludables.
- reconocer adolescentes o grupos vulnerables, con mayores posibilidades de sufrir esta infección.

Personas en situación de mayor vulnerabilidad de contraer el VIH.

1. Personas que usan drogas inyectables.
2. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
3. Trabajadores y trabajadoras sexuales.
4. Portadores/as de infecciones de transmisión sexual.
5. Adolescentes y jóvenes sin acceso a los servicios de salud o con acceso deficiente se convierten en población vulnerable de adquirir el virus.

Factores que aumentan la vulnerabilidad de los/las adolescentes:

1. Falta de oportunidades educativas, laborales y de esparcimiento.

2. Hacinamiento y confinamiento.
3. Desarraigo social asociado con la migración y la falta de un grupo social de referencia.

Estigma y discriminación

Si los Consejeros/as tienen poca experiencia con el VIH es posible que la reacción sea discriminar a los o las adolescentes.

El estigma y la discriminación relacionados con la infección por el VIH, podrían ser los obstáculos más importantes en la lucha contra la epidemia. Un esfuerzo conjunto en contra de las diferentes formas de discriminación, no solo mejorará la calidad de vida de los y las adolescentes con VIH y de los que son sumamente vulnerables a la infección, sino que contribuirá a que los programas de prevención y tratamiento alcancen a grupos actualmente marginalizados. La reducción del estigma y la discriminación es fundamental para reducir la propagación de la epidemia, aumentando el acceso de algunos grupos a las acciones de prevención.

El paquete mínimo de intervenciones para lograr un impacto seguro de prevención en la epidemia consta de:

- consejería/orientación,
- acceso al test,
- tratamiento y
- entrega de condón.

Aspectos a abordar en la consejería

1. Informar de manera adecuada y veraz sobre la enfermedad y sus formas de transmisión (las personas con educación tienen más opciones y capacidad de negociar).
2. Incorporar en la consejería temas sobre salud sexual que integren a escolares, adolescentes, padres, instituciones comunitarias, religiosas y/o deportivas.
3. Apoyar a los/as adolescentes que han decidido postergar el inicio de las relaciones sexuales e informarles cómo se puede tener relaciones sexuales sin riesgo.
4. Tener en cuenta que los adolescentes están teniendo relaciones sexuales cada vez más jóvenes y sin las aptitudes para protegerse, por lo que la educación adecuada en la adolescencia temprana puede lograr el cambio.
5. Estimular el uso del preservativo femenino y masculino y garantizar su accesibilidad.

6. Estimular el uso de jeringas estériles y garantizar su accesibilidad en caso de uso de drogas inyectables.

7. Estimular a los padres a conocer las actividades de sus hijos (dónde y con quién están fuera el hogar y del horario escolar).

8. Evitar la infección de los hijos e hijas de madres con VIH (transmisión vertical), a través del parto y la lactancia.

9. Referir a todas las madres VIH a centros de mayor complejidad, en los que se pueda realizar el tratamiento adecuado y así evitar la transmisión al feto, al recién nacido y al lactante.

10. No confiar en que todo lo que se enseña se va a traducir en cambios de comportamiento; de ahí la frágil asociación entre conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales.

11. Es imposible apartar a los niños de las influencias sexuales: modelos adultos de comportamiento, televisión, anuncios y progenitores que los bombardean con ellos.

Existen fuertes evidencias de que las escuelas son esenciales para las intervenciones de prevención -porque la capacidad de cobertura es grande- como también lo es la posibilidad de llegar temprano y a tiempo. La infraestructura escolar, a su vez, facilita la replicabilidad, ahorra costos y optimiza la sostenibilidad.

Consejería para él o la adolescente que se realizara la prueba de VIH

1. Explique por qué se recomienda hacer la prueba.

2. Explique los beneficios de diagnosticar la infección precozmente.

3. Garantice la confidencialidad del diagnóstico.

4. Garantice el acceso al tratamiento.

5. Promueva el uso consistente y continuo de condón en todas las relaciones.

6. Identifique a un adulto que apoye al adolescente.

7. Evalúe qué tipo de reacción podrá tener el adolescente frente a un resultado positivo de la prueba.

8. Obtenga el consentimiento informado, firmado por la o el adolescente.

9. Promueva la utilización de las pruebas rápidas porque son las únicas que funcionan de modo tal que se puede hacer la confirmación en el mismo sitio, durante el mismo día. Las pruebas rápidas son útiles en lugares sin electricidad o escasa infraestructura; el resultado se obtiene rápida y fácilmente, y requiere algo de capacitación; son los más indicados para la población y sirven para ser realizadas en lugares distantes y menos accesibles.

10. Si confirmó el diagnóstico, el control lo debe seguir un especialista en VIH para valorar la enfermedad y eventual tratamiento.

11. Actualmente, se recomienda el diagnóstico voluntario universal para todas las embarazadas, ya que representa una oportunidad óptima para la prevención de la transmisión vertical.

Recordar

Sugerencias para él o la adolescente que presenta una prueba VIH positiva

- Explique que presenta la infección y es portador del virus VIH, pero que esto no representa aún la enfermedad.
- Explique lo importante del diagnóstico precoz, así como la **oportunidad** del tratamiento.
- Haga planes con el adolescente para comunicar los resultados a la familia.
- Informe y eduque sobre estrategias para reducir la transmisión a otros.
- Ofrezca siempre condón y entregue gratuitamente.
- Ofrezca atención interdisciplinaria: trabajador social, psicólogo, psiquiatra y tratamiento médico específico, mediante los equipos interdisciplinarios.
- Facilite la expresión de sentimientos y la autoreflexión para la toma de decisiones relativas al seguimiento y al cambio de comportamientos de riesgo.
- Promueva la autonomía y el empoderamiento para el respeto de sus derechos.

Sugerencias para orientar una embarazada que presenta una prueba positiva

- Discuta sobre los riesgos de transmisión perinatal del VIH, modos de reducir el riesgo y el pronóstico para los niños que resultan infectados.
- El riesgo de la transmisión al feto durante la gestación, parto y lactancia.
- Intervenciones para la prevención de la transmisión madre-hijo (tratamiento anti-retroviral, cesárea programada, supresión de la lactancia).
- Los efectos de la infección por VIH sobre el embarazo.
- Opciones de la terminación de la gestación.
- Asesore sobre la necesidad y el beneficio de realizar un adecuado seguimiento médico, y cómo realizarlo.
- **Refiera** a una unidad de salud de mayor complejidad y facilite los medios.
- Opciones sobre la fertilidad futura y anticoncepción.

Sugerencias para orientar una embarazada que presenta una prueba negativa

- Informar sobre las distintas formas de contagio del VIH y otros agentes transmisibles por vía sexual y por vía sanguínea, para evitar infecciones durante el embarazo y la lactancia.
- En el caso de que una mujer sin diagnóstico previo presente un resultado positivo durante el trabajo de parto, se debe realizar inmediatamente un segundo test rápido de confirmación e iniciar el tratamiento y tomar la decisión de continuar la terapia o no, según los resultados del Western Blot. Las pruebas rápidas son muy convenientes para la emergencia de una sala de partos, y en los casos en que no se pueda realizar tratamiento, se debe proteger el canal del parto con una sustancia antiséptica, tomar los cuidados neonatales inmediatos e inhibir la lactancia.
- Recordar que el niño puede adquirir el virus en cualquier periodo del embarazo, parto y lactancia.
- La transmisión al hijo durante el embarazo y parto, de una madre VIH positivo (de no mediar tratamiento), varía de 15% a 25%. A esto se le debe sumar de 12% a 14% de transmisión, si no se suspende la lactancia materna.
- El tratamiento durante el embarazo y parto, además de la supresión de la lactancia, disminuye la transmisión a menos de 2%.
- El seguimiento de las personas VIH positivas debe ser estricto en todos los grupos poblacionales, especialmente en los adolescentes y sus contactos, entre los cuales se producen las mayores pérdidas de seguimiento.

Consejería y Prueba Voluntaria en VIH

Lista de verificación

Evaluación del contenido de la consejería pre-prueba

- asegura la confidencialidad en la información del usuario/a
- pregunta la razón de la visita y profundiza en motivo de consulta
- explora conocimiento del usuario/a sobre VIH y formas de transmisión y se aclararon conceptos errados
- valúa percepción del riesgo individual del usuario/a y ayuda a identificar prácticas que lo exponen al riesgo
- da información sobre la prueba del VIH
- verifica que el/la usuario/a entendió la información
- discute plan para reducción del riesgo del usuario/a
- identifica barreras y estrategias para superar los riesgos
- revisa medidas de prevención del VIH
- indaga y habla sobre el condón para proteger contra ITS y el VIH
Brinda información y demuestra uso correcto
Motiva negociación del condón con la pareja
- motiva a incorporar a la pareja en el plan de prevención
- da tiempo al usuario/a para expresarse, preguntar, reflexionar
- obtenga libremente consentimiento para la prueba
- discute y acuerda el seguimiento al usuario/a

Ejemplos de preguntas para evaluar riesgo del usuario/a:

- ¿Ha tenido alguna ITS? y ¿recibió tratamiento?
- ¿Número de parejas que tiene?
- ¿Se ha hecho la prueba antes?
- ¿La pareja se ha hecho la prueba?
- ¿Recibió resultado y cuál?
- ¿Tiene carné para profilaxis sexual?

- Describa el proceso de toma de la prueba.
- Explique significado del resultado positivo y negativo
- Discuta implicaciones del resultado.
- Explique ventana de tiempo
- Explora posibles necesidades y apoyo al usuario/a.

- Tipo y frecuencia de relaciones que ha tenido.
- Tipo de relaciones que practica (oral, anal, vaginal).
- Si usa condones
- Si consume alcohol o drogas.

Evaluación de las habilidades de consejería

Aspecto	Habilidades de consejería
Establece clima de confianza	Saluda y se presenta al usuario/a
	Expresa la confidencialidad de la atención
	Escucha con atención (comunicación verbal y no verbal)
	Es comprensivo y no emite juicios
Explora las necesidades del usuario/a	Hace preguntas abiertas
	Hace preguntas específicas y sondea apropiadamente
	Averigua que conoce el usuario/a sobre el sida y la infección por VIH
	Reafirma información correcta y aclara conceptos erróneos
Facilita la comunicación	Escucha activamente
	Usa silencio para permitir que el usuario/a se exprese
	Presenta información en términos claros y sencillos ajustando lenguaje al nivel del usuario/a
	Da tiempo para que el usuario/a analice la información y responda
	Repite y refuerza la información clave
	Verifica comprensión del usuario/a
Resume aspectos claves	

Consejería y Prueba Voluntaria en VIH/SIDA

Lista de verificación

Evaluación del contenido de la consejería posprueba

Asegura que el ambiente y el momento son apropiados para entrega del resultado
Explica el resultado en forma clara y discute el significado
Verifica la comprensión del usuario/a
Resumen acciones y plan a seguir por el usuario/a
Refuerza u ofrece información adicional si es solicitada
Verifica la comprensión del usuario/a

Si el Resultado es Negativo	Si el Resultado es Positivo
Refuerza la información sobre el período de ventana	Evalúa el estado emocional del usuario/a, en especial si el resultado es positivo.
Motiva al usuario/a y se discute un plan personal para reducción de riesgos y seguimiento.	Da el resultado en forma natural y directa.
Identifica otros recursos que necesita el usuario/a y dónde referirle.	Da tiempo para que el resultado sea asimilado y se valida reacción emocional del usuario/a.
	Discute las implicaciones personales, familiares, sociales y la importancia de informar a la pareja.

Ejemplo de preguntas:

- ¿Qué acciones inmediatas puede realizar para protegerse a sí mismo y a otros/as?
- ¿Qué barreras existen para realizar estas medidas de protección?
- ¿Cree que puede abstenerse o usar siempre un condón?
- ¿Podrá disminuir su número de parejas sexuales?
- ¿Conversa con su pareja/s sobre uso del condón?
- ¿Podrá disminuir consumo de alcohol/drogas?

Ejemplo de preguntas:

- ¿Ha pensado compartir el resultado con alguien?
- ¿Cómo cambia esto su vida?
- ¿Ha considerado nuevas formas de cuidarse?
- ¿Ha escuchado del tratamiento antiretroviral?
- ¿Hay amigos o alguien en su familia o comunidad que puedan apoyarlo?
- ¿Conoce a alguien que estén o hayan estado en su misma situación?
- ¿Ha escuchado sobre servicios de apoyo a personas con resultado positivo?

Abuso sexual

El abuso sexual y la violación son formas que atentan contra los derechos humanos. Las víctimas más frecuentes son mujeres y niñas, como consecuencia de su posición subordinada dentro de la sociedad.

Cualquier persona en contacto con adolescentes (maestros, psicólogos, trabajadores sociales, entrenadores deportivos, líderes juveniles, etc) puede sospechar y detectar los abusos sexuales. La sospecha de abuso debe ser confirmada por personal adecuadamente capacitados para lidiar con estos temas. La intervención, en los casos de abusos sexuales, debe ser interdisciplinaria.

- **Abuso sexual infantil:** es toda actividad sexual que involucre a niños/as o adolescentes, quienes debido a su inmadurez psicológica no están capacitados para dar consentimiento. O bien, si hay diferencia de edad que impida a la víctima dar su consentimiento.

Es también cualquier acercamiento sexual logrado mediante la utilización de la fuerza física o amenazas, sin que tenga relevancia la edad de los participantes. No interesa si la víctima fue engañada o si comprendía la naturaleza sexual de los acercamientos.

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

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

En general, los y las adolescentes no suelen relatar espontáneamente el abuso sexual, aunque con frecuencia no tienen reparos en admitirlo frente a la pregunta del trabajador de salud. Se debe preguntar si alguna vez fue víctima de acercamientos sexuales no deseados. Aún, ante la negativa de el/la adolescente, deberá buscarse la presencia de algunos indicadores de abuso sexual.

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

¿Cómo apoyar a víctimas de abuso sexual o violación durante la Consejería?

1. Evalúe el peligro inmediato: Averigüe si el/la adolescente corre riesgo de sufrir nuevamente el abuso.
2. Proporcione la atención apropiada; en casos de reciente abuso o violación.
3. Brinde apoyo psicológico, tranquilizar, apoyar y proteger a la víctima. En momento de crisis no realizar consejería. Si se confirma el abuso o la violación realizar la referencia al médico forense o persona competente en la unidad de salud.
4. Informe que durante el examen es indispensable que la adolescente este acompañada por una persona adulta de su confianza.
5. Informe sobre la anticoncepción de emergencia, lo antes posible, a fin de aumentar su efectividad.
6. Comunique que es necesario como evidencia, guardar las ropas, sábanas (si corresponde) cabellos y pelos en una bolsa plástica rotulada.
7. Comparta la importancia de la toma de muestras por un especialista para estudio bacteriológico, en el nivel vaginal y ano rectal. Una muestra similar puede obtenerse para estudio de semen (ADN). También pueden recolectarse muestras de semen o sangre de la piel de la víctima.
8. Es necesario realizarse la prueba de embarazo, si es negativa repetirla en tres semanas.
9. Hay que descartar posibles infecciones de transmisión sexual: gonorrea y clamidia (inicial y a las tres semanas), sífilis (inicial y a las seis semanas); VIH (inicial, a las seis semanas, a los tres y a los seis meses); hepatitis B (inicial y a las seis semanas).
10. Informe a la víctima acerca de sus derechos: Reafirmar que no es su culpa y nadie “merece” ser golpeado/a o violado/a.
11. Evalúe si es necesario “aislar” a la víctima. En ocasiones, es necesario para proteger a la víctima, mientras se ponen en marcha otros mecanismos de protección.
12. La denuncia es obligatoria, ésta debe realizarse.



**Organización
Panamericana
de la Salud**
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

unicef 
únete por la niñez