

Manual

**para la atención
a la salud sexual
y reproductiva
en la adolescencia**

Manual para la atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia



ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS
La Habana, 2019

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Departamento Materno Infantil.

Manual para la atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia / rev. técnica Francisca Cruz Sánchez y Livia Quintana LLanio.

—La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2019.

112 p.: il., tab. — (Ginecología y Obstetricia)

Salud Sexual y Reproductiva, Servicios de Salud Reproductiva, Salud del Adolescente, Servicios de Salud del Adolescente, Enfermedades de Transmisión Sexual, Infecciones por VIH, Servicios de Planificación Familiar/organización & administración, Anticonceptivos

WQ 200

Revisión técnica: Dra. Francisca Cruz Sánchez y Dra. C. Livia Quintana LLanio

Edición, realización y emplane: Ing. José Quesada Pantoja

Diseño: D.I. Meylín Sisniega Lorigados e Ing. José Quesada Pantoja

© Departamento Materno Infantil
del Ministerio de Salud Pública, 2019

© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2019

ISBN 978-959-313-675-4

ISBN 978-959-313-676-1 (PDF)

ISBN 978-959-313-677-8 (Epub)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, No. 654, entre D y E, El Vedado

La Habana, CP 10400, Cuba

Teléfono: (53) 7836-1893

ecimed@infomed.sld.cu

www.ecimed.sld.cu

Francisca Cruz Sánchez

Doctora en Medicina. Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Auxiliar. Jefa del Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia del Ministerio de Salud Pública

Matilde de la Caridad Molina Cintra

Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Clínica y en Psicodrama y Trabajo Grupal. Especialista en Psicología de la Salud. Doctora en Ciencias Demográficas. Profesora Auxiliar. Subdirectora del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana

Ana Andrea Guisandes Zayas

Doctora en Medicina. Especialista de I Grado en Pediatría y de II Grado en Administración de Salud. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Asistente. Jefa del Grupo Provincial de Atención Integral a la Salud en la Adolescencia de Santiago de Cuba

Ada Alfonso Rodríguez

Doctora en Medicina. Especialista de I Grado en Psiquiatría. Máster en Estudios de la Sexualidad. Profesora Auxiliar. Especialista del Centro Nacional de Educación Sexual

Manuel Vázquez Sejjido

Licenciado en Derecho. Máster en Criminología. Profesor auxiliar. Subdirector del Centro Nacional de Educación Sexual

Roberto Tomás Álvarez Fumero

Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar. Jefe del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública

Marisol Alfonso de Armas

Licenciada en Sociología. Máster en Estudios de Población. Doctora en Demografía. Doctora en Ciencias Económicas. Licenciada en Sociología. Representante Auxiliar del Programa UNFPA-Cuba

Livia Quintana LLanio

Licenciada en Psicología. Máster en Sexualidad. Doctora en Ciencias Demográficas. Profesora Auxiliar. Asociada del Programa UNFPA-Cuba

Diana María Stuart Duarte

Doctora en Medicina. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría Infantil. Profesora Asistente. Jefa del Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia de Cienfuegos

Silvia León Reyes

Doctora en Medicina. Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Asistente. Jefa del Grupo Provincial de Atención Integral a la Salud en la Adolescencia de La Habana

Lídice Mederos Villalón

Licenciada en Enfermería. Especialista en Adolescentes y Jóvenes. Máster en Informática de Salud. Profesora Asistente. Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades

Gabino Ernesto Arman Alexadrinni

Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Asistente

Miguel Ángel Sosa Marín

Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Ginecobstetricia. Presidente de la Sociedad Cubana para el Desarrollo de la Familia

Laura Núñez Gutiérrez

Residente de Medicina Interna. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas

INTRODUCCIÓN

En 2016 la Organización Mundial de la Salud publicó los estándares globales para la calidad en los servicios de salud para adolescentes basados en el análisis de las barreras que afectan su acceso y uso por la población adolescente. Por la importancia que tiene mejorar los servicios destinados a este grupo de edades y la relevancia de la salud sexual y reproductiva en esta etapa de la vida, la Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas de América Latina y el Caribe adaptó estos estándares atendiendo a las características de la región. El Ministerio de Salud Pública, a través del Departamento de Atención Materno Infantil y del Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia, apoyado por la Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Cuba los ajustó a las características de Cuba.

Como parte del proceso de implementación de los estándares se identificó la necesidad de elaborar un manual para ofrecer herramientas al personal de salud que presta servicios en diferentes territorios. Así surgió este texto en el que se incluye un conjunto de temáticas relevantes para atender las demandas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, con particular énfasis en la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH.

Esperamos que este manual resulte una imprescindible herramienta en su trabajo diario.

Capítulo 1. Adolescencia: variabilidad en el crecimiento y desarrollo / 1

Repercusión psicológica de los cambios biológicos/ 6

Bibliografía/ 9

Capítulo 2. Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes/ 10

Derechos sexuales como derechos humanos/ 11

Principios que distinguen los servicios de salud sexual/ 17

Bibliografía / 18

Capítulo 3. Estándares de calidad para los servicios de atención a la salud de adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva/ 19

Estándar 1. Conocimientos de los adolescentes sobre salud/ 20

Estándar 2. Apoyo de la comunidad/ 22

Estándar 3. El paquete de servicios/ 23

Estándar 4. Competencias de los prestadores/ 24

Estándar 5. Entorno físico y equipamiento de los establecimientos de salud/ 26

Estándar 6. Equidad/ 27

Estándar 7. Datos y mejora de la calidad/ 28

Estándar 8. Participación de los adolescentes/ 30

Bibliografía/ 31

Capítulo 4. Habilidades y competencias de comunicación necesarias para trabajar con adolescentes/ 32

Factores de orden comunitario/ 33

Destrezas (habilidad para)/ 34

Recomendaciones para desarrollar una escucha activa y reflexiva/ 35

Asertividad/ 37

Características de una persona asertiva/ 37

Ser un profesional asertivo permite/ 37

¿Cuáles son las ventajas de ser asertivos?/ 37

Bibliografía/ 38

Capítulo 5. Entrevista y examen físico a los adolescentes/ 40

Bibliografía/ 42

Capítulo 6. Prevención de infecciones de transmisión sexual-VIH/sida en adolescentes/ 43

Contexto nacional/ 43

Sobre las necesidades de información relacionada con las infecciones de transmisión sexual-VIH/sida, en los adolescentes/ 45

CONTENIDO

- Consejerías cara-cara/ 46
- Temas a tratar en la consejería cara-cara/ 47
- Identificar y preparar a adolescentes con aptitudes para formarse como promotor par/ 48
 - Cualidades a buscar en el adolescente para formarlo como promotor par/ 48
 - Espacios de intercambio entre adolescentes como escenarios para la promoción de la salud sexual/ 49
- Monitorear la disponibilidad de condones en las farmacias comunitarias/ 49
- Bibliografía/ 50

Capítulo 7. Organización de los servicios de planificación familiar para adolescentes/ 51

- Principios básicos de la planificación familiar en Cuba/ 51
- Planificación familiar en los tres niveles del sistema/ 52
- Métodos anticonceptivos disponibles en los servicios de planificación familiar/ 53
- Condiciones que deben reunir los profesionales que laboran en las consultas de planificación familiar/ 53
- Documentación con que deben contar las consultas de planificación familiar/ 54
- Objetivos de la orientación e información en planificación familiar/ 54
- Criterios a tener en cuenta para la elección del método/ 55
- Calidad en los servicios de planificación familiar/ 56
- Deberes de los profesionales que laboran en los servicios de planificación familiar/ 60
- Responsabilidades de los profesionales y directivos en la planificación familiar/ 61
- Bibliografía/ 62

Capítulo 8. Generalidades de los métodos anticonceptivos/ 64

- Bibliografía/ 65

Capítulo 9. Anticonceptivos hormonales inyectables/ 66

- Anticonceptivos hormonales inyectables combinados/ 66
 - Criterios médicos de elegibilidad/ 66
 - Efectos colaterales/ 67
 - Beneficios/ 67
 - Forma de uso/ 68
 - Cambio de método/ 68

- Anticonceptivos inyectables solo de progestágeno/ 68
 - Criterios médicos de elegibilidad/ 69
 - Efectos colaterales/ 69
 - Beneficios/ 70
 - Forma de uso/ 70
- Bibliografía/ 70

Capítulo 10. Anticonceptivos hormonales orales/ 71

- Anticonceptivos hormonales orales combinados/ 71
 - Criterios médicos de elegibilidad/ 72
 - Efectos colaterales/ 72
 - Beneficios/ 73
 - Forma de uso/ 73
- Anticonceptivos orales solo de progestágenos/ 75
 - Criterios médicos de elegibilidad/ 76
 - Efectos colaterales/ 76
 - Beneficios/ 76
 - Forma de uso/ 77
- Anticoncepción de emergencia/ 78
 - Mecanismo de acción/ 79
 - Criterios médicos de elegibilidad/ 79
 - Formas de uso/ 79
- Bibliografía/ 80

Capítulo 11. Dispositivos intrauterinos/ 82

- Criterios médicos de elegibilidad/ 82
- Efectos colaterales/ 83
- Forma de uso/ 83
- Bibliografía/ 84

Capítulo 12. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos en los adolescentes/ 85

- Implantes subdérmicos de progestágenos/ 85
- Dispositivos intrauterinos/ 86
- Anticoncepción hormonal inyectable solo de progestágenos/ 87
- Condiciones a tener en cuenta para elegir el método/ 88
 - Puerperio y el estado de lactancia en madres adolescentes/ 89
 - Riesgo de enfermedad tromboembólica/ 90
 - Trastornos del metabolismo lipídico/ 91
 - Sepsis puerperal, posaborto o enfermedad pélvica inflamatoria actual/ 91

Sangrado vaginal sin explicación/	91
Enfermedad hepática/	91
Hepatitis aguda o exacerbación de hepatitis crónica/	92
Hipertensión arterial/	92
Estado posviolación/	92
Obesidad/	92
Diabetes mellitus/	93
Tabaquismo/	93
Migraña/	94
Antecedentes de embarazo ectópico/	94
Mayor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual o su existencia demostrada/	94
Adolescentes con discapacidad física, mental o situaciones médicas complejas/	94
Anticoncepción de emergencia/	95
Bibliografía/	95

Capítulo 13. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de adquirir o que viven con VIH-sida/ 97

Recomendaciones para las mujeres con VIH o alto riesgo de VIH/	100
Recomendaciones para las mujeres que presenten enfermedad clínica por VIH asintomática o leve/	101
Estadios 1 y 2 de la Organización Mundial de la Salud/	101
Estadios 3 y 4 de la Organización Mundial de la Salud/	101
Recomendaciones para las mujeres que presenten enfermedad clínica por VIH y reciban tratamiento antirretroviral/	102
Anticoncepción de emergencia/	102
Conclusiones/	102
Bibliografía/	103

ANEXOS/ 105

Anexo 1. Escalera de maduración sexual/ 107

Anexo 2. Cartel de promoción de los derechos sexuales y reproductivos/ 109

Anexo 3. Cartel de promoción de los estándares de calidad para los servicios de atención a la salud de adolescentes/ 110

Anexo 4. Cartel de promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes/ 111

Adolescencia: variabilidad en el crecimiento y desarrollo

*Dra. Francisca Cruz Sánchez, Dra. C. Matilde de la Caridad Molina Cintra
y Dra. Ana Andrea Guisandes Zayas*

Los componentes del crecimiento y desarrollo en la adolescencia incluyen los cambios puberales, el crecimiento físico, el desarrollo cognitivo y psicosocial. Los cambios hormonales se manifiestan en las gónadas y los caracteres sexuales secundarios. Se adquiere la capacidad reproductiva, que junto al crecimiento rápido y los cambios morfológicos modifican el fenotipo.

Los cambios que ocurren en la adolescencia están determinados por diferentes factores genéticos, socioculturales, económicos y ambientales. Entre estos cambios se destacan:

- Variación individual en la edad de inicio del crecimiento
- La aparición de la pubertad 1,5 a 2 años en las mujeres antes que en los varones.
- El proceso de maduración puede durar de 2 a 5 años.
- La menarquía tiende a ser más temprana que en sus madres, y la talla final es más alta que la de sus padres tanto en uno como en otro sexo.
- El aumento de peso durante el estirón puberal puede alcanzar hasta alrededor del 50 % del peso ideal del adulto. Las mujeres acumulan más grasa que los varones, los que alcanzan mayor desarrollo óseo y muscular durante el periodo puberal.
- El crecimiento visceral es menor que el óseo y el muscular, pero los varones alcanzan mayor desarrollo visceral (corazón, pulmones, hígado, riñones y cerebro) de ahí que exhiban cifras de tensión arterial sistólica más elevada y mayor capacidad vital. Lo mismo ocurre con las cifras de hematocrito, más alta en los varones, dado por la estimulación de la testosterona en la médula ósea y eritropoyetina renal. La fosfatasa alcalina es elevada y expresa la actividad ósea metabólica y alcanza sus valores máximos en el pico de crecimiento.

Para evaluar la maduración sexual en adolescentes se utilizan los estadios descritos por Tanner en 1962 y, además, en el sexo femenino la aparición de la menarquia. Actualmente los adolescentes se rasuran el vello y se dificulta evaluarles este parámetro.

Según el orden de aparición de los caracteres sexuales secundarios, de acuerdo con el sexo se pueden observar diferentes características (Tabla 1.1).

Tabla 1.1. Caracteres sexuales secundarios de acuerdo con el sexo

No.	Sexo femenino	Sexo masculino
1.	Sudor con olor, que es menos intenso que en los varones	Sudor con olor, más fuerte que en adolescentes femeninas
2.	El crecimiento de la pelvis puede aparecer entre los 9 y 10 años	Aumento del volumen testicular
3.	Desarrollo mamario	Desarrollo del pene y bolsa escrotal (acompañada de enrojecimiento y pliegue de la piel)
4.	Vello pubiano	Vello pubiano
5.	Desarrollo de labios mayores y menores de la vulva	Las mamas aumentan de tamaño y puede observarse ginecomastia puberal fisiológica
6.	Los ovarios triplican su tamaño entre los 9 y 14 años, la vagina crece en longitud hasta después de la menarquia y el útero aumenta de tamaño después de los 7 años	Vello axilar (aumenta 2 años después del vello pubiano)
7.	Estirón puberal precoz	La espermarquia es el inicio de la emisión de espermatozoides y sucede tempranamente en la pubertad, alrededor de los 13,4 años, pero puede variar entre los 10,6 y 14,6 años. Las eyaculaciones involuntarias que tienen lugar durante el sueño se denominan <i>poluciones nocturnas</i> . La actividad prostática puede comenzar alrededor de los 11 a 12 años (antes de que aparezca el vello pubiano)
8.	Vello axilar	Vello facial: hay un cambio tardío del alrededor de los 14,9 años (rango más o menos de 1,5 años)
9.	Menarquia	Estirón puberal tardío
10.	Aumento de la grasa corporal	La velocidad máxima de crecimiento es a los 14 años y el 99 % alcanza la talla adulta a los 16,8 años, pues la detención del crecimiento ocurre alrededor de los 21 años
11.	El 99 % de ellas alcanzan la talla adulta a los 15 años, pero dejan de crecer entre los 16 y 17 años	
12.	El acné aparece entre los 14 y 16 años, más tempranamente que en los varones	El vello corporal y el acné aparecen entre los 16 y 17 años

Las niñas presentan un estadio 2 de mamas tan temprano como a los 8,3 años y tan tarde como a los 13,4 años, pero pueden tener un desarrollo casi completo tan precozmente como a los 10,8 años o tan tardíamente como a los 17,8 años. Igual variabilidad ocurre con la aparición del vello púbico tanto en el sexo femenino como en el masculino.

La edad de aparición de la menarquia es otro indicador importante del desarrollo sexual en el sexo femenino. En la población cubana la edad promedio es alrededor de 13 años, oscilando entre 10,5 años y 15,5 años aproximadamente. Cuando aparece tardíamente habitualmente ocurre que ya existe desarrollo mamario y del vello pubiano, lo que indica que ya se han desencadenado los mecanismos responsables del desarrollo sexual y, por tanto, la menarquia no debe tardar.

Alrededor de los 11 años se forma la mucorrea (secreción del cuello uterino) y la leucorrea (secreción de las paredes vaginales) debido a la maduración folicular y la producción de estrógenos. Estos flujos son generalmente de color amarillo claro, inodoro y la mucosa es normal. En el cultivo bacteriológico de los exudados se puede encontrar gérmenes gram positivos (lactobacilos de Doderlain). Estas secreciones o flujos pueden ser abundantes por aumento de estrógenos de los primeros ciclos anovulatorios o por situaciones de estrés.

Como durante la menstruación se pierde el tapón mucoso normal que protege el cuello del útero es importante que los adolescentes que practican el coito usen condón ya que tienen más riesgo de adquirir una cervicitis o infección genital alta (endometritis, salpingitis y pelviperitonitis) o una infección de transmisión sexual.

El estadio 2 de genitales (según Tanner), que marca el inicio del desarrollo sexual en los varones, puede aparecer tan tempranamente como a los 8,7 años y tan tarde como a los 14,9 años; a la vez existen adolescentes que casi han completado su desarrollo genital a los 11,8 años, mientras otros no lo logran hasta los 17,8 años.

Existe un amplio rango de edades en el que cada uno de estos estadios se puede alcanzar, a veces existen preocupaciones tanto en los adolescentes como en sus padres cuando estos llegan a cierta edad y no han alcanzado determinado desarrollo, sin embargo, en muchos casos la edad de esos adolescentes está incluida en la amplia variabilidad que ya se conoce.

La ginecomastia puberal se manifiesta por un aumento glandular mamario transitorio, por debajo de la areola, en forma de disco de menos de 4 cm, móvil, indoloro o ligeramente doloroso, generalmente unilateral (puede aparecer después en el otro lado), de crecimiento lento y autolimitado que recuerda al estadio 2 de Tanner de la mama femenina.

Se observa en las etapas iniciales de la pubertad en aproximadamente un 70 % de los varones y alrededor de los 13 años en adolescentes sanos que tienen pubarquia e incremento del volumen testicular al menos de 8 cm³. Regresa en 1 o 2 años espontáneamente o puede perdurar hasta la edad adulta.

Cuando existe microginecomastia (similar al estadio 3 o 4 de Tanner de la mama femenina) se debe estudiar y tratar al adolescente, pues esta alteración no regresa espontáneamente.

La masturbación es una autoestimulación sexual considerada normal tanto en el sexo femenino como en el masculino. Es una de las prácticas sexuales más frecuentes en adolescentes. No provoca daños a la salud física ni mental. Cuando la masturbación es compulsiva y por supuesto afecta el desarrollo de las actividades educativas y sociales debe ser evaluado por un especialista en psicología o psiquiatría.

Muchos de los comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva en la adolescencia se asocian a prejuicios y estereotipos sexistas persistentes en relación con las expresiones de la sexualidad. Con frecuencia, en esta etapa de la vida como parte del proceso de conformación de la identidad, se define la orientación del deseo y la identidad de género. Cuando la orientación del deseo y la identidad no sigue los patrones heterosexuales, el adolescente suele estar expuesto a mayores riesgos. En estas situaciones el personal de salud debe contribuir a eliminar las barreras que impiden el acceso a la salud del adolescente.

Utilizando criterios convencionales puede considerarse una clasificación para evaluar la variabilidad del desarrollo sexual en los adolescentes según el sexo, de acuerdo con los valores de referencia para su edad en el estadio alcanzado para cualquiera de los caracteres evaluados (Tabla 1.2).

Tabla 1.2. Clasificación de la variabilidad del desarrollo sexual en los adolescentes según el sexo

Sexo femenino	Sexo masculino
Maduradora temprana: por debajo del percentil 10 o que presente la menarquía antes de los 11,5 años	Madurador temprano: por debajo del percentil 10
Maduradora promedio: entre los percentiles 10 y 90 o la menarquía	Madurador promedio: entre los percentiles 10 y 90
Maduradora tardía: por encima del percentil 90 o que inicie su desarrollo sexual después de los 12,5 años o presente la menarquía después de los 14,5 años	Madurador tardío: por encima del percentil 90 o adolescente que inicie su desarrollo sexual después de los 14 años

Todos estos criterios pueden manejarse como variantes normales del desarrollo, pero son muy importantes debido a que los adolescentes se preocupan mucho por su imagen corporal y, además, porque la maduración repercute sobre las capacidades físicas y tiene consecuencias importantes en el desarrollo psicológico.

Los maduradores tardíos se preguntan si su cuerpo se desarrollará como es debido, cuando esto ocurrirá, en general son sensibles y temerosos de confiar sus problemas, mientras que los maduradores tempranos son más estables y sociables, pero enfrentan diversas dificultades debido a que ciertas formas de conducta no les son aceptadas por infantiles, pero otras les son negadas por considerarlas propias de adultos; en ocasiones, sobre todo en el sexo femenino, les resulta embarazoso el desarrollo mamario.

El diagnóstico de la presencia de una pubertad precoz es más difícil de precisar. Arbitrariamente puede sugerirse como precoz el inicio de cualquier manifestación de desarrollo de los caracteres sexuales antes de los 8,5 años en la niña o de los 9 años en el niño; esto implica una ubicación inferior al percentil 3 de las normas nacionales.

Una pubertad tardía se corresponde con los casos en que después de los 13 años en el sexo femenino o de los 15 años en el masculino no hay evidencias de desarrollo mamario o genital, lo que implica una ubicación superior al percentil 97 de las normas nacionales.

En esta etapa ocurre un cambio en el tono y en otros atributos de la voz (timbre e intensidad). Esto se debe a los cambios anatómicos que ocurren en la laringe y en todas las estructuras anatómicas que participan en la fonación, lo que es mayor en el varón que en las féminas, por tanto, aparece el tono de la voz más grave en los varones. En esta etapa pueden aparecer algunos episodios de ronquera, que deben pasar rápidamente. En consecuencia, las medidas de higiene vocal deben extremarse durante la etapa de la adolescencia, en particular, en estudiantes de escuelas de arte y magisterio. Además, el globo ocular se elonga y puede aparecer miopía.

Entre las variables físicas del desarrollo en la adolescencia se describen:

- Crecimiento acelerado desproporcionado.
- Aumento de requerimientos nutricionales (apetito exagerado, a veces selectivo).
- Necesidad de liberar energía (actividad excesiva alternada con astenia).
- Incremento de hormonas (acné y seborrea).
- Aparición de caracteres sexuales secundarios precoces:
 - Mamas (telarquia).
 - Vello pubiano (pubarquia).
 - Menarquia precoz.

- Mamas pequeñas, grandes o asimétricas.
- Trastornos menstruales.
- Ginecomastia.

El desarrollo cerebral en los adolescentes puede extenderse hasta pasados los 20 años. Este es uno de los argumentos que justifica las conductas de riesgos en esta etapa.

Repercusión psicológica de los cambios biológicos

Los cambios biológicos provocan en los adolescentes:

- Irritabilidad.
- Tendencia a la fatiga y al agotamiento físico.
- Gran somnolencia y mareos.
- Cambios frecuentes de humor que favorecen que tenga un estado de ánimo muy lábil y cambie de la alegría a la melancolía o a la disforia sin un motivo aparente.

Debido al estirón que provoca un crecimiento rápido en un tiempo relativamente corto el adolescente comienza a tener dificultades para orientarse en el espacio a su alrededor y para mantener el control de sus movimientos, esto propicia:

- El desarrollo de una significativa torpeza motora por lo que frecuentemente tropieza con muebles y otros obstáculos a su alrededor y rompe diferentes objetos.
- Su visión durante el acomodamiento al crecimiento se vuelve por un tiempo tubular lo que significa que se reduce su campo visual contribuyendo a la torpeza motora y lo que es peor, a que el adolescente pueda ser objeto de diversos accidentes.

Existen varias manifestaciones propias de la adolescencia que pueden ocasionarle sentimientos de inseguridad e inferioridad al adolescente y ser causa de sufrimiento para, lo que le provoca gran angustia y preocupación. Entre estas se identifican:

- Acné juvenil.
- Desarmonía corporal.
- Ginecomastia puberal.
- Maduración sexual precoz o tardía.

La falta de comprensión de estas características con frecuencia provoca que sean criticados por los adultos, fundamentalmente los padres y maestros, que por desconocimiento los tildan de “distraídos”, “descui-

dados” e “irresponsables”, conduciéndolos a valoraciones negativas de su conducta, a reproches e incomprensiones que crean conflictos en la comunicación con los adultos.

Estos cambios se vinculan fundamentalmente a la esfera autovalorativa. En esta tienen un peso importante:

- La valoración que recibe el adolescente en su vida cotidiana por parte de los adultos y coetáneos.
- La imagen corporal que se va conformando el adolescente en la medida en que ocurren estos cambios.

Ante estos cambios el adolescente se centra en sí mismo, intentando adaptarse a este nuevo cuerpo que le puede provocar sensaciones contradictorias. Son frecuentes las interrogantes acerca de cuán normal o no es su desarrollo y cuán atractivo puede resultar para los demás.

La imagen corporal es uno de los aspectos que más influye sobre la subjetividad del adolescente, en dos sentidos: a partir de su autoimagen y la aceptación de la imagen por sus coetáneos.

Con mucha frecuencia el adolescente se preocupa por su figura corporal ya que uno de los rasgos típicos del desarrollo físico puberal es la asincronía y la desarmonía física, gestual y motora. Puede volverse torpe con un cuerpo que desconoce. Esto aumenta la sensación de estar “desubicado” e influye en su cambiante imagen de sí.

En ocasiones el modelo o ideal físico del adolescente no se corresponde con su cuerpo, con los cambios ocurridos y esto trae consigo inconformidad, no aceptación de sus cambios y de su nueva imagen. Cuando esto sucede pueden surgir:

- Sentimientos de inferioridad.
- “Complejos”.
- Conflictos consigo mismo, ansiedad.

Estos suelen repercutir desfavorablemente en:

- El desarrollo de su autovaloración. Favorecen una subvaloración.
- En su socialización, porque se aísla, no sale en grupo, no satisface las necesidades psicológicas más importantes de esa etapa.

Cuando su figura provoca una imagen desfavorable, pueden ser objeto de burla, discriminación y rechazo en su grupo y por otros adolescentes; provocándole, a algunos, retraimiento, timidez o conductas agresivas. Esta nueva imagen corporal se integra en la adolescencia media y tardía:

- El adolescente tiende a centrarse entonces en hacer atractivo su cuerpo, pasando largas horas preocupado por su estética.

- En la búsqueda de una identidad propia, formación psicológica de alta significación en la etapa, y de su expresión en la imagen corporal, es frecuente que experimente con su apariencia física buscando diversas formas de vestirse, de peinarse e interesarse por la moda.

En relación con la maduración temprana o tardía:

- Los varones que maduran temprano son aceptados y tratados como adultos, mientras los que se retrasan son tratados como niños. Se refuerza en los primeros los sentimientos de independencia y, en los segundos, mayor tendencia a la dependencia de la opinión familiar y social.
- En las adolescentes que maduran precozmente:
 - Pueden aislarse y sentir vergüenza de su cuerpo.
 - Adoptan posturas físicas encorvadas por la presencia o tamaño de las mamas, que repercute también en su imagen corporal.
 - Están más expuestas, desde los comienzos de esta etapa y por un periodo de tiempo más prolongado, a presiones sexuales. Esto influye en su subjetividad y en su comportamiento sexual en diferentes sentidos, puede incrementar el riesgo al comenzar intercambios sexuales precozmente o manifestar cierto temor o rechazo a estos intercambios.

La maduración sexual estimula el deseo y la necesidad de explorar su cuerpo y otros cuerpos.

El deseo sexual se puede satisfacer con la masturbación. Es una práctica típica en alrededor del 85 % de los adolescentes, pero existen prejuicios al respecto y esto genera en algunos sentimientos de culpa o miedo.

De manera general el sentirse “adulto” y la necesidad de aprobación dentro del grupo de iguales, es una necesidad psicológica básica para su bienestar emocional y puede conducir a determinadas prácticas inadecuadas como el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Los cambios biológicos durante la adolescencia repercuten en los cambios psicológicos, pero es importante comprender que esta repercusión tiene sus propias particularidades en cada persona y depende del entorno educativo de la familia, la escuela, las instituciones de salud, las relaciones con el grupo y los propios recursos personales que tenga el adolescente para afrontar esta nueva etapa de la vida.

Es necesario tener en cuenta también que cuando el desarrollo se aleja de las tendencias normales surgen una serie de problemas de salud que pueden tener una repercusión psicológica negativa en los adolescentes. Entre ellos se presentan con mayor frecuencia la baja talla y la obesidad. Hay, además, otros problemas relacionados con la nutrición, con el funcionamiento endocrino metabólico y con la conducta sexual.

Bibliografía

- Cattani, A. (2005). Crecimiento y desarrollo puberal durante la adolescencia. En: Módulo I. Crecimiento y desarrollo del adolescente. Diplomado desarrollo y salud integral del adolescente. Chile.
- Cruz F., Rodríguez B., Alonso R. M. (2014). *La puericultura en la adolescencia*. La Habana: Ministerio de Salud Pública- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Domínguez L. (2003). *Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas*. La Habana.
- Domínguez, L. (2005). *Psicología del desarrollo problemas, principios y categorías*. La Habana: Editorial Félix Valera.
- Molina, M. (2017). *Fecundidad adolescente en Cuba*. La Habana: Editorial CEDEM.
- Rodríguez, O. y Molina, M. (2005). Desarrollo psicológico de niños y adolescentes. En: *Salud mental infante juvenil*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes

Dra. Ada Caridad Alfonso Rodríguez y MSc. Manuel Vázquez Sejjido

En Cuba, desde el triunfo revolucionario, la protección de la infancia y la adolescencia ha estado en el centro de la agenda político-social, un grupo de normas jurídicas ha garantizado desde entonces sus derechos: Constitución de la República de Cuba de 1976, el Código de Familia de 1975 y el Código de la Niñez y la Juventud de 1978, entre otras. La inversión en la salud de los adolescentes se evidenció con mayor énfasis en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y con posterioridad hacia finales de la década del 90 con la creación de la Comisión Nacional de Salud para la Atención Integral a Adolescentes y la aprobación en el 2000 del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes (Ministerio de Salud Pública, 2002).

El Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes incluye entre sus objetivos específicos: desarrollar acciones de promoción de salud y prevención dirigidas a modificar los principales problemas de salud del grupo adolescente y contribuir al desarrollo de la sexualidad sana y responsable ejecutando las acciones del Programa Nacional de Educación de la Sexualidad (Ministerio de Salud Pública, 2002: 9).

Sin embargo, la inversión en salud sexual de los adolescentes no siempre ha sido explícita, ni tampoco la reseña a los derechos sexuales y reproductivos de estos, aún cuando existe internacionalmente consenso en reconocer, que no es posible alcanzar el máximo grado de salud sexual sin el ejercicio pleno de los derechos sexuales y sin las garantías para que esto ocurra. La meta 1. *Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos*, refiere que “Los derechos sexuales son un componente integral de los derechos humanos básicos y por consiguiente son inalienables y universales. La salud sexual es un componente integral del derecho al goce del grado máximo alcanzable de salud. La salud sexual no puede obtenerse ni mantenerse sin derechos sexuales para todos” (World Association for Sexual Health, 2008: 3).

En este capítulo se pretende acercar a los profesionales de la salud a la comprensión de los derechos sexuales con el objetivo de que puedan evaluar hasta que punto respetan, garantizan y contribuyen al ejercicio pleno por los adolescentes de estos, y si logran que todas sus prestaciones se anclen en el principio de igualdad y no discriminación.

Derechos sexuales como derechos humanos

Los derechos sexuales son los derechos humanos que permiten expresar la sexualidad de manera plena y responsable, sin distinción de ningún tipo. Deben observarse en su interrelación con otros derechos humanos como el derecho a la vida, a la salud, la libertad, al desarrollo pleno y dignidad de las personas. Son uno de los fundamentos más importantes para abordar las cuestiones relativas a la educación integral de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, entre otras necesidades humanas y las bases para el respeto, la autonomía, la empatía, la igualdad, la dignidad humana. Aluden a la capacidad de las personas para la toma de decisiones autónomas acerca de sus cuerpos, sus vidas y el ejercicio de sus sexualidades sin discriminación.

Se reconoce que aun cuando el uso del término tiene varias décadas existen debates en cuanto a su marco de referencia. La definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud recoge que:

“Los derechos sexuales abarcan derechos humanos reconocidos por leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros acuerdos de consenso, que son parte integral e indivisible de los derechos humanos universales. Incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, a: (1) el mayor estándar posible de salud, en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; (2) buscar, recibir e impartir información en relación a la sexualidad; (3) educación sexual; (4) respeto por la integridad corporal; (5) elección de pareja; (6) decidir ser o no ser sexualmente activo; (7) relaciones sexuales consensuadas; (8) matrimonio consensuado; (9) decidir tener o no tener, y cuándo tener hijos; y (10) ejercer una vida sexual satisfactoria, segura y placentera. El ejercicio responsable de los derechos humanos requiere que todas las personas respeten el derecho de los otros” (Consejo Internacional de Políticas de Derechos Humanos, 2010: pp. 8-9).

Esta definición puede ser un buen punto de partida para quienes profundizan en estas cuestiones, aunque resulta importante no descono-

cer las principales críticas que esta ha recibido: parcialidad en cuanto a la salud sexual, la persona como centro y no este en su relación intersubjetiva, colectiva y por ende social, la simplificación de la sexualidad aislada de su complejidad como “construcción política y pública a través de la cual se asignan significados y se juzgan las conductas sexuales” (Consejo Internacional de Políticas de Derechos Humanos, 2010: 10) y la omisión a las identidades sexuales y de género y a otras cuestiones que integren una visión holística de las personas a partir de considerar los principios de interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, dado que la sexualidad no puede entenderse atomizada de la vida de personas en ninguna etapa del curso de vida, ni ligada exclusivamente a los aspectos relacionados a la salud, los problemas resultantes de su disfrute o a las orientaciones sexuales e identidades de género.

No existen instrumentos jurídicos internacionales de carácter vinculante que reconozcan todos los derechos sexuales como derechos humanos, por lo que la regulación particular de algunos de estos en determinados Estados ha derivado puntualmente de la voluntad política o como resultado del diálogo entre el propio Estado y la sociedad civil que los reclama. En este caso se encuentran los relacionados con la orientación sexual y la identidad de género.

Los profesionales que brindan servicios a adolescentes, deben conocer los derechos sexuales que les asisten, para evitar durante las prestaciones de servicios, la vulneración de estos ya que tanto la sexualidad como los aspectos de esta relacionados con la reproducción, están articulados a condicionamientos culturales, en los que las determinaciones de género, color de la piel, territorio, clase, necesidades especiales y otras, se expresan en los patrones, valores y pautas de comportamiento asociadas a la sexualidad, lo que pueden convertirse o no en barreras para el ejercicio de estos derechos.

A continuación se enuncian de algunos de estos derechos sexuales (WAS, 2014):

1. **El derecho a la información actualizada, veraz, completa y científica sobre sexualidad en correspondencia con las necesidades propias de la etapa de vida, y con las necesidades específicas del público a quien se dirige, libre de estereotipos, prejuicios y mitos.**

La mayoría de las investigaciones que indagan acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes en materia de sexualidad o reproducción, revelan falta de información y una baja percepción de riesgo ante las consecuencias del ejercicio de la sexualidad sin protección.

Los profesionales de la salud deben conocer las características de la adolescencia y brindar información según las necesidades de esta, lo que es un verdadero reto si se toma en cuenta la heterogeneidad de los individuos que la integran en cuanto a procedencia cultural y familiar, edades y etapas del desarrollo bio-psico-socio-sexual, pero también la diversidad de fuentes de información de que disponen: la familia, los padres, la escuela, los medios de comunicación, los nuevos canales de comunicación con las tecnologías y los “paquetes” (películas, series, musicales...) con libre circulación en las comunidades que ejercen influencias en las representaciones acerca de la sexualidad y los diferentes hábitos de la vida articulados a esta o no. Existen dos interrogantes que deben guiar las acciones en este ámbito: ¿qué información acerca de la sexualidad necesitan los adolescentes? y ¿qué les interesa conocer a los adolescentes? La información que se brinde por los profesionales de la salud debe estar en la intersección de la identificación de las necesidades educativas de los grupos con los que trabaja y los intereses que los adolescentes de forma individual o colectiva muestren al respecto.

Además, es muy importante tener en cuenta que la información que se pretende brindar debe armonizar con los fundamentos teóricos actuales y estar basada en resultados científicos, evitando utilizar juicios de valor a partir de conclusiones personales o posicionamientos no comprobados científicamente o de posturas religiosas. Esto devela la necesidad de prestar especial atención a los procesos de preparación de los profesionales de la salud con carácter sistemático.

2. El derecho a una educación integral de la sexualidad que promueva la toma de decisiones libres e informadas, el respeto a la dignidad humana, y la equidad.

La educación integral de la sexualidad es necesaria para el bienestar físico, mental, social y para el desarrollo humano y sus contenidos no se circunscriben solo a los aspectos que dan cuenta a los comportamientos sexuales y al uso de protección para evitar las consecuencias indeseadas: embarazos e infecciones de transmisión sexual.

Las orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad reseñan estos supuestos (Unesco, 2010: 2):

- La sexualidad es un aspecto fundamental de la vida humana, con dimensiones físicas, psicológicas, espirituales, sociales, económicas, políticas y culturales.
- No es posible entender la sexualidad sin referencia al género.
- La diversidad es una característica fundamental de la sexualidad.
- Las normas que rigen el comportamiento sexual varían drásticamente entre y dentro de las culturas. Ciertos comportamien-

tos se consideran aceptables y deseables mientras que otros se consideran inaceptables. Esto no significa que estos comportamientos no ocurran o que deberían ser excluidos del debate en el contexto de la educación en sexualidad.

Estos son pistas para el diseño de acciones o programas que se organicen desde los diferentes niveles de atención en salud. El logro de este derecho depende de la sistematicidad y sostenibilidad en el tiempo, de cómo atienden las necesidades de los adolescentes, de que integren la diversidad en todas sus dimensiones y las necesidades de los distintos subgrupos dentro de cada grupo etario, el respeto a las otras personas, los derechos sexuales y el género, por lo que se requiere que los docentes y el personal de salud en todos los niveles de enseñanza y de atención en salud estén preparados para la educación integral de la sexualidad. Algunas de estas ideas fueron ampliamente discutidas durante la capacitación “Acelerando el progreso de la educación integral de la sexualidad en América Latina y el Caribe: el aporte de las orientaciones técnicas internacionales de las Naciones Unidas”, celebrada en el marco del VIII Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual, impartido por representantes de la Unesco con motivo de la nueva publicación de las *Orientaciones técnicas internacionales en educación sexual*.

3. El derecho a servicios de salud sexual y reproductiva amigables, confidenciales y de calidad, sin estigma ni discriminación.

Este derecho asegura el acceso y respuesta a la demanda de información, acompañamiento y necesidad de anticonceptivos; la atención durante el embarazo, parto y puerperio en caso de ser necesario; el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y otros servicios de salud sexual libres de violencia con o sin la presencia de representante familiar o legal.

En Cuba se ha trabajado intensamente en lo que concierne a garantizar servicios de salud de calidad a los adolescentes, sin embargo, todavía se mantienen debates acerca de la edad que se utilice como referente legal para regular la capacidad de estos en relación con la decisión de acceder a algunos servicios de salud sexual, especialmente los que incluyen procedimientos invasivos o de los que se derivan otras consecuencias para la salud sexual o integral. La contribución del sector de la salud a la garantía de este derecho depende de que los profesionales que brindan estos servicios tengan una visión positiva y desprejuiciada de la sexualidad, con formación para educar y orientar a adolescentes y sus familiares. Es también muy importante, trabajar en la incorporación de los adolescentes varones a los ser-

vicios de salud sexual y reproductiva, especialmente a los servicios de planificación familiar para fomentar la corresponsabilidad en la toma de decisiones reproductivas. Es preciso brindar a los adolescentes información y servicios que los faculten para considerar opciones responsables y saludables en cuanto a su salud sexual y reproductiva (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2016: 81). En este sentido, hay que atender a dos principios que pautan los procesos de atención a las distintas problemáticas de las personas durante esta etapa de sus vidas: el interés superior del niño, niña o adolescente y la capacidad progresiva de estos. Estos principios informan el actuar de los profesionales de la salud en cuanto a la comprensión de proveerles los servicios, cuidados, atenciones u orientaciones que ciertamente contribuyan de mejor manera a su desarrollo como seres humanos y, además, la posibilidad de que los criterios y opiniones de los adolescentes sean tenidos en cuenta y que el valor atribuido a estas expresiones de sus voluntades sean analizadas de acuerdo con la etapa etaria en la que se encuentren.

Los cuerpos y las sexualidades han estado en el centro del control social y en estas etapas del curso de vida, la presión familiar y la de los amigos puede interferir en la asunción de comportamientos sexuales saludables, por lo que los derechos que se mencionan a continuación necesariamente tienen que observarse en su relación con los ya descritos (principio de indivisibilidad de los derechos humanos). Es importante para los profesionales de la salud poder garantizar, en los conflictos que pueden aflorar entre las decisiones de los representantes legales de los adolescentes y las decisiones de estos, las decisiones que en última instancia benefician a los infantes, por lo que hay que apelar al diálogo con las familias auxiliándose de los principios anteriormente señalados. No obstante, debe tenerse claridad respecto a la posible intervención de la Fiscalía General de la República de Cuba como institución protectora de los menores de edad ante este tipo de conflictos, la que puede incluso asumir la representación legal de estos en defensa del principio de interés superior.

4. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre el cuerpo y la sexualidad acorde con el desarrollo psicosexual de la etapa.

La libertad, la autonomía, el derecho a la vida, a la integridad e intimidad personal y familiar son condiciones necesarias para el ejercicio de este derecho. Entre las preocupaciones más frecuentes de los adolescentes se encuentran las relacionadas con su cuerpo y la aceptación de este por los “otros”, debido a que están viviendo la

experiencia de un cuerpo cambiante que requiere de información clara sobre estos para la propia aceptación.

Los estereotipos de belleza pueden influir negativamente en la salud de los adolescentes que tratan de acercar sus cuerpos a esos patrones culturales. Los servicios de salud dirigidos a los adolescentes deben contribuir a desmistificar la relación cuerpo-aceptación personal-social para reducir la modelación de estos con técnicas quirúrgicas. La aceptación de la imagen corporal es una garantía para el disfrute de la sexualidad y de una buena salud mental.

5. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente la sexualidad y a vivir experiencias, expresiones sexuales, eróticas o de género libre de presiones y discriminación.

La adolescencia es una etapa de búsqueda y encuentros, de crecimiento psicosexual. Este derecho reconoce a todos los cuerpos, sensaciones y deseos, sin otro límite que el derecho de otras personas, por lo que es imprescindible que se acompañe de una adecuada educación integral de la sexualidad.

6. Derecho a manifestar los afectos y a ejercer la libertad individual de identidad sexual y de género sin prejuicios, discriminación, ni violencia.

Es necesario tomar en cuenta que las primeras manifestaciones de inconformidad de género y de atracción por personas del mismo sexo pueden estar presentes en la adolescencia. Se requiere de profesionales de la educación y la salud que respeten la expresión libre de las ideas y afectos sin discriminación, ni violencias y con pleno respeto a los derechos de otras personas y al derecho que cada persona tiene a decidir libremente con quien o quienes relacionarse erótica, afectiva y socialmente.

Por último, hay dos derechos a considerar en las actividades que se desarrollan desde el sector de la salud:

- El derecho a la privacidad y a la confidencialidad de la información personal.
- El derecho a la participación en el diseño, implementación, evaluación y seguimiento de las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción que les atañen.

El primero incluye todos los ámbitos de la vida y especialmente la vida sexual, por lo que las instituciones y las personas que laboran en estas tienen la obligación de proteger la información y no compartirla sin autorización y en el caso del segundo, la participación de los adolescentes garantiza que las iniciativas, los programas y planes, y las acciones respondan a las necesidades de quienes van a disfrutar de los beneficios.

La participación es capaz de hacer coincidir los intereses de los adolescentes con los esfuerzos del sector de la salud para el cuidado de la salud sexual de estos. Es el mecanismo más importante para cerrar la brecha entre las necesidades de este grupo y la oferta de servicios, así como para lograr que los beneficiarios sean tratados como personas y no como objetos y pasivos de acciones que no reconocen como necesarias y que están lejos de sus expectativas (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2016: 29).

Principios que distinguen los servicios de salud sexual

Un enfoque basado en los derechos sexuales debe reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, las prácticas discriminatorias y contribuir a mejorar el goce del derecho a la salud para todas las personas. Los principios que distinguen este tipo de servicios son:

- *No discriminación*: procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de color de la piel, sexo, religión, posición económica, discapacidad, edad, orientación e identidad de género, lugar de residencia u otra.
- *Disponibilidad*: que refiere a un número suficiente de servicios de salud sexual dirigidos a adolescentes. En Cuba estos servicios se encuentran distribuidos por todo el territorio nacional, los esfuerzos deben encaminarse a que en todo el personal que participa tenga la preparación para garantizar los principios que se mencionan a continuación:
 - *Accesibilidad*: los servicios de salud deben ser asequibles a todos. La accesibilidad de estos depende de la no discriminación, la ubicación y condiciones físicas, las características materiales que lo hacen atractivo a la vez que informen, la calidad de los materiales que se distribuyen en estos y su relación con el público a los que se dirigen. Un servicio puede ser disponible y el entorno en el que se brinda no hacerlo accesible.
 - *Aceptabilidad*: todos los servicios de salud deben ser respetuosos de las necesidades propias de cada persona y de su etapa del curso de vida. Un servicio basado en los principios de derechos humanos casi seguro tiene apego a la bioética. Es estrictamente necesario, que aun cuando los adolescentes se acompañen de familiares o algún representante legal, el profesional dedique el tiempo necesario para entrevistarse con este sin presencia de ningún familiar con el objetivo de identificar sus necesidades para que las orientaciones o prescripciones respondan a estas.

La confidencialidad y la protección de la intimidad son cruciales para garantizar la calidad, por lo que se debe evitar compartir información que no se ha consultado previamente y sin la presencia de los adolescentes.

- *Calidad*: los servicios de salud deben ser científicos, libres de estigma, prejuicios y estereotipos. Un servicio de calidad debe proveer la información suficiente para la toma de decisiones informadas y los recursos materiales, tecnológicos y humanos que garanticen la mejor elección y la más segura para y por los adolescentes.
- *Participación*: los programas de salud sexual que toman en cuenta los criterios de los adolescentes en el diseño, ejecución y seguimiento han demostrado su efectividad. De ahí que siempre que se vayan a diseñar acciones dirigidas a este grupo poblacional, aprovechar los recursos que estos pueden brindar para garantizar la accesibilidad y su mejor aprovechamiento.
- *Rendición de cuentas*: Esta es una práctica habitual en Cuba. Sin embargo, no siempre esta se realiza ante los usuarios de los servicios, ni se incluye en estas el grado de satisfacción de los adolescentes. La rendición de cuentas es una de las vías para la auditoria social y el perfeccionamiento de los servicios de salud sexual.

Bibliografía

- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2016). *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. México, D.F.
- Consejo Internacional de Políticas de Derechos Humanos (2010). *Sexualidad y derechos humanos*. Ginebra, Suiza, pp. 8-9. Disponible en: www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Ministerio de Salud Pública (2002). *Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes*. Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar. Cuba.
- Unesco (2010). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. Justificación de la educación en sexualidad*. Vol. 1.
- WAS (2014). *Declaración de los Derechos Sexuales*.
- World Association for Sexual Health (2008). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico*. Minneapolis, Estados Unidos.

Estándares de calidad para los servicios de atención a la salud de adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva

*Dra. Francisca Cruz Sánchez, Dr. Roberto Álvarez Fumero,
Dra. C. Marisol Alfonso de Armas y Dra. C. Livia Quintana Llanio*

Desde el 2000 Cuba desarrolla el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes que abarca las edades de 10 a 19 años y donde se destaca la extensión de la edad pediátrica hasta los 17 años, dos meses y 29 días en los hospitales pediátricos, así como la atención diferenciada en todos los servicios a esta población.

Según las estadísticas, investigaciones y encuestas realizadas la primera causa de morbilidad en esta etapa de la vida (10 a 19 años) se relaciona con la salud sexual y reproductiva (embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, entre otros) y que tienen tendencia a elevarse.

Las causas más frecuentes de mortalidad en adolescentes son los accidentes, suicidios y homicidios, similar a la mayoría de otros países, pero Cuba se diferencia por la baja tasa de mortalidad.

Es difícil definir calidad de atención. Es un concepto complejo, subjetivo, que involucra varios aspectos y diferentes perspectivas (usuarios, proveedores y gestores). Su evaluación debe considerar estas tres perspectivas:

- La calidad no es un estándar, es una propiedad que todos los servicios tienen (Donabedian, 1980). Hay un continuo de niveles de calidad que van desde la calidad total hasta la falta absoluta de calidad.
- Estándar es una declaración de un determinado nivel de calidad en la prestación de los servicios que se requieren para satisfacer las necesidades de los beneficiarios.
- Cada estándar define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos necesarios para que una organización proporcione servicios seguros, equitativos, aceptables, accesibles, eficaces y apropiados.

Los estándares, a su vez, constan de criterios que son elementos medibles de un estándar que define una característica necesaria del servi-

cio (criterio de entrada o de insumos) o aplicado (criterio de proceso) con el fin de alcanzar el estándar definido (criterio de salida).

En noviembre del 2014 la Organización Mundial de la Salud lanza los estándares de calidad para los servicios de salud para adolescentes. Se basaron en el análisis de las normas de calidad de servicios de salud para adolescentes en 25 países del mundo, así como en la revisión de la literatura de la evidencia científica disponible al respecto.

El objetivo de estos estándares es ayudar a los responsables políticos y a los planificadores de servicios de salud a mejorar la calidad de sus servicios, de manera que a los adolescentes les resulte más fácil obtener servicios de salud que respondan a sus necesidades.

Después de varias consultas e intercambios con expertos de todo el país y con apoyo y asesoramiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Departamento Materno Infantil y el Grupo de Trabajo de Adolescencia han elaborado los estándares de calidad para los servicios de atención a la salud de adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva, los que se presentan a continuación.

Estándar 1. Conocimientos de los adolescentes sobre salud

Que los adolescentes estén informados acerca de su propia salud y sus derechos y sepan dónde y cuándo obtener los servicios de salud sexual y reproductiva.

Criterios de insumos

- El personal de salud en los diferentes niveles del sistema:
 - Atención primaria de salud: equipo básico de salud, profesores del grupo básico de trabajo y otros servicios en el policlínico.
 - Atención secundaria: hospitales pediátricos y ginecoobstétricos que poseen las competencias para proveer información a los adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva y sobre los servicios disponibles.
- El personal de salud en instituciones de los diferentes niveles del sistema provee información sobre la salud y los servicios disponibles.
- Existen pancartas en las instituciones de salud de todos los niveles del sistema que informan sobre los servicios de salud para adolescentes y precisan los horarios y lugares donde se ofrecen.
- En las áreas de salud existe una estrategia de divulgación con la Federación de Mujeres Cubanas, las instituciones educativas ubicadas

en el área y los consejos populares, para la promoción de salud adolescente y el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva por y para adolescentes.

Criterios de procesos

- El equipo básico de salud y el grupo básico de trabajo desarrollan acciones de educación, asesoría y consejería sobre salud sexual y reproductiva y derechos sexuales a adolescentes, de acuerdo con la edad y a su desarrollo.
- El personal de salud ofrece información actualizada y atractiva sobre salud sexual y reproductiva y los servicios disponibles a través de diversas actividades en instituciones del municipio y de la comunidad (Casa de Orientación a la Mujer y la Familia de la Federación de Mujeres Cubanas, Casa de Cultura, centros deportivos, centros recreativos y casas de video).

Actividades

- Se construye una estrategia de comunicación para la sensibilización y educación de la población en el reconocimiento de la importancia de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y del uso de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Talleres participativos con adolescentes para elaboración de materiales promocionales de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Elaboración, diseño e impresión de materiales informativos sobre los servicios disponibles.
- Elaboración de flujograma de los servicios disponibles de salud sexual y reproductiva para adolescentes en el municipio.
- Talleres de sensibilización y encuentros sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva y del uso de los servicios de salud sexual y reproductiva, con actores de diferentes sectores y de las organizaciones de la sociedad civil (Federación de Mujeres Cubanas), incluidos los adolescentes.

La estrategia 1 tiene un carácter transversal a todos los estándares y para el desarrollo de cada uno se trabaja en aspectos específicos.

Criterios de salida

- La población adolescente posee información actualizada sobre dónde y cuándo utilizar los servicios de salud disponibles en su entorno, en particular los servicios de salud sexual y reproductiva.

Estándar 2. Apoyo de la comunidad

Que los padres, tutores y otros miembros de la comunidad, así como las organizaciones comunitarias, reconozcan y acompañen la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes, así como que apoyen su utilización.

Criterios de insumos

- El personal de salud (prestadores de servicios, directivos y personal de apoyo) posee competencias y dispone de material de apoyo (en diferentes soportes) para sensibilizar a padres, madres y otros familiares en la importancia del uso de los servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes.
- En las áreas de salud están identificadas las personas, instituciones y organizaciones con las que se trabaja para propiciar el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva por y para adolescentes.
- En las instituciones de atención primaria de salud existe una estrategia participativa con la comunidad para promover el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Criterios de procesos

- El equipo básico de salud en coordinación con el grupo básico de trabajo desarrolla una estrategia de promoción de salud sexual y reproductiva con la participación de los adolescentes, de otras instituciones y organizaciones del municipio y la comunidad (Casa de Orientación a la Mujer y la Familia de la Federación de Mujeres Cubanas, Casa de Cultura, centros deportivos, centros recreativos y casas de video).
- El personal de salud de la atención primaria de salud y de la atención secundaria informa sobre la importancia del uso de los servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes, padres, madres y otros familiares en consulta y en el terreno, así como a docentes en las escuelas y a otros actores sociales comunitarios (presidente de consejo popular y brigadistas sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas).

Actividades

- Intercambios sistemáticos con los padres a nivel de escuelas (escuelas de padres) que involucra padres, madres, tutores y profesores.
- Capacitación sobre la importancia del uso de los servicios de salud sexual y reproductiva por y para los adolescentes a representantes

de los medios de comunicación y tomadores de decisión de las instituciones en el municipio y de la sociedad civil.

- Encuentros técnicos para la elaboración de una estrategia de promoción de salud sexual y reproductiva para los adolescentes.
- Encuentros con participación de actores comunitarios, incluidos los adolescentes, para elaboración y validación de la estrategia de promoción de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Criterios de salida

- Padres, madres, tutores, profesores y otros miembros de la comunidad reconocen el valor y apoyan el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva por y para los adolescentes.

Estándar 3. El paquete de servicios

Que los servicios de salud ofrezcan un paquete de información, asesoría, diagnóstico, atención integral en salud sexual y reproductiva que satisfaga las necesidades de la población adolescente.

Criterios de insumos

- En cada municipio se garantiza la atención integral de salud para los adolescentes, incluidos los suministros e insumos en salud sexual y reproductiva.
- En los servicios de las instituciones de salud existe el manual de normas y procedimientos para brindar atención integral de calidad en salud sexual y reproductiva a los adolescentes.
- Las instituciones de salud cuentan con un sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la atención integral de la población adolescente del área.

Criterios de procesos

- En cada municipio se ofrecen servicios de atención integral de salud sexual y reproductiva a los adolescentes a partir de los 10 años de edad.
- El equipo básico de salud en coordinación con el grupo básico de trabajo ofrece servicios de asesoría y orientación a los adolescentes, la familia y a la escuela para promover la salud sexual y reproductiva en los adolescentes.
- Se aplica mecanismo de referencia y contrarreferencia expedito en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud para la tramitación y solución de las demandas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Actividades

- Reuniones de coordinación entre Salud y Educación para establecer de mecanismos de trabajo conjunto que promuevan la salud sexual y reproductiva de los adolescentes basado en sus necesidades y demandas.
- Revisión y actualización de las guías para la atención integral a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Actualización y perfeccionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención integral a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Capacitación continua en pubercultura al personal de salud, enfocada en salud sexual y reproductiva a partir de los 10 años.
- Elaboración del registro y carné del adolescente.
- Adquisición, disponibilidad de insumos y equipamiento básicos para una atención integral según el nivel de referencia, incluidos métodos anticonceptivos variados.

Criterios de salida

- Las instituciones de salud en el municipio ofrecen un servicio de atención integral a la población adolescente, que incluye vínculos de referencia, de acuerdo con sus necesidades y demandas.

Estándar 4. Competencias de los prestadores

Los prestadores de servicios de salud demuestran tener la competencia técnica requerida para ofrecer servicios integrales y eficientes de salud sexual y reproductiva a los adolescentes, basado en el respeto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de esta población.

Criterios de insumos

- El personal de salud posee el perfil adecuado, así como, las competencias técnicas para ofrecer servicios integrales de salud sexual y reproductiva, requeridos por los adolescentes.
- El personal de salud se ha capacitado para brindar servicios basados en los principios del respeto a los derechos sexuales, incluyendo el derecho a la información, la intimidad, la confidencialidad y a que se preste atención de salud de forma respetuosa, libre de prejuicios y sin discriminación de la población adolescente.

- Se implementa la guía de supervisión a los servicios de atención integral a la salud sexual y reproductiva de adolescentes en los municipios, así como programas de formación continua al personal en servicio.
- El personal de salud conoce las guías, procedimientos, el código de ética y cómo se aplican. En estas guías se pauta el acceso de la adolescente y su pareja a los servicios de atención integral de salud sexual y reproductiva de adolescentes sin acompañamiento de sus progenitores o tutores, a partir de los 14 años.
- Las unidades de salud disponen de una pancarta informativa sobre los servicios de salud a los adolescentes que expone las obligaciones del personal de salud y los tipos de servicios.
- Existe un manual de normas y procedimientos que orienta la atención integral a la salud de los adolescentes.

Criterios de procesos

- El personal de salud aplica las normas y procedimientos en la atención integral a la salud de los adolescentes. Sus servicios se basan, además, en los principios del respeto a los derechos sexuales, incluida la privacidad, la confidencialidad, el trato respetuoso y no discriminación de la población adolescente.

Actividades

- Capacitación, actualización y entrenamiento al personal de salud que ofrece servicios para los adolescentes según el nivel de atención, perfiles y funciones en el servicio.
- Capacitación y actualización al personal de salud en enfoques transversales para un servicio integral de atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes sin discriminación (género, derechos sexuales, prevención, atención de la violencia de género y calidad de los servicios).
- Fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia y control del cumplimiento de los códigos de ética de los prestadores de servicios de salud a los adolescentes para evitar cualquier práctica discriminatoria en estos servicios.
- Elaboración y visualización de material informativo sobre deberes y derechos del personal de salud que presta servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes, el paquete y tipos de servicios.
- Diseño e implementación de instrumentos de evaluación sobre uso y satisfacción con los servicios de salud sexual y reproductiva por y

para los adolescentes (cuestionarios autoadministrados, entrevistas individuales y grupales). Abuso y no discriminación de la población adolescente.

Criterios de salida

- Los adolescentes que buscan atención en los servicios de salud reciben atención de calidad y apropiada a su edad y etapa de desarrollo, un trato respetuoso y digno y conocen sus derechos sexuales y reproductivos.
- El personal de salud asegura la elección informada de las decisiones en torno a la sexualidad de los adolescentes.

Estándar 5. Entorno físico y equipamiento de los establecimientos de salud

Las instituciones de salud tienen servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes y cuentan con horarios convenientes, espacios y ubicación adecuada, ambiente acogedor, limpio, y mantienen la privacidad y la confidencialidad en la atención. Asimismo, poseen el equipo, los medicamentos, los suministros y la tecnología básicos establecidos para garantizar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva.

Criterios de insumos

- Existen manuales de procedimientos y guías de actuación para los servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes y normas epidemiológicas para garantizar la asistencia sanitaria a partir de los estándares, cuya aplicación se adecua a las particularidades de los municipios y las necesidades de su población adolescente. Estos prevén que se garantice un ambiente acogedor, condiciones higiénicas, un horario deslizante y reducir al mínimo el tiempo de espera del servicio de salud sexual y reproductiva a los adolescentes.
- Se dispone de un sistema de adquisición y gestión de medicamentos, suministros y equipos necesarios para prestar el paquete de servicios requerido que garantice la sistematicidad del servicio integral en los municipios.

Criterios de procesos

- El personal de salud en servicio aplica las guías de actuación para la atención integral a salud sexual y reproductiva de los adolescentes

que incluyen pautas de prevención y control de las infecciones en estos servicios.

- En el municipio se disponen y utilizan los medicamentos, suministros y equipamiento necesarios para prestar servicios de atención integral a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Actividades

- Programación de servicios para adolescentes en horario deslizantes, al menos una vez semanal.
- Adaptación de las salas de espera de los servicios de salud durante el horario deslizante, de acuerdo con las necesidades de los adolescentes.
- Impresión y disponibilidad de materiales atractivos para los adolescentes en las salas de espera y consultas para adolescentes, en horario deslizantes.
- Disponibilidad de condones y materiales informativos sobre su uso en salas de espera y consultas.
- Apoyo a la construcción de un sistema de adquisición y gestión de medicamentos, suministros y equipos necesarios para prestar el paquete de servicios requerido que garantice la sistematicidad del servicio integral en los municipios y que se cumpla con el protocolo de control epidemiológico y metrológico.

Criterios de salida

- La población adolescente utiliza en todo momento los servicios de salud sexual y reproductiva requeridos en las instituciones de salud del municipio, en ambientes y condiciones de privacidad y confidencialidad y en un entorno seguro y acogedor.

Estándar 6. Equidad

Que los prestadores brinden servicios de calidad, equitativos y sin discriminación a los adolescentes.

Criterios de insumos

- A partir del análisis de situación de salud del equipo básico de salud, del policlínico y del municipio se identifican los adolescentes con alguna condición de vulnerabilidad que pueda incidir en su acceso y uso de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Criterios de proceso

- La dirección municipal de salud y el policlínico toma en cuenta la participación de la población adolescente, en particular de la que posee mayores vulnerabilidades, para planificar, seguir y evaluar los servicios de salud de salud sexual y reproductiva, así como para ajustar los aspectos necesarios de la prestación de estos servicios.

Actividades

- Capacitación y actualización al personal de salud en enfoques transversales para un servicio integral de atención a salud sexual y reproductiva de los adolescentes sin discriminación (género, derechos sexuales, prevención, atención de la violencia de género y calidad de los servicios).
- Fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia y control del cumplimiento de los códigos de ética de prestadores de servicios de salud para los adolescentes para evitar cualquier práctica discriminatoria en estos servicios.
- Diseño e implementación de instrumentos de evaluación sobre uso y satisfacción con los servicios de salud sexual y reproductiva por y para los adolescentes (cuestionarios autoadministrados, entrevistas individuales y grupales).

Criterios de salida

- Toda la población adolescente, independientemente de su edad, sexo, estado civil, nivel escolar, color de la piel, territorio de residencia habitual, discapacidad, orientación sexual u otras características, reporta experiencias similares en la atención.

Estándar 7. Datos y mejora de la calidad

Las instituciones de salud cuentan con sistemas operativos de información estadística que recopilan, procesan y analizan datos sobre la utilización y la calidad de sus servicios, desglosados por indicadores demográficos y que se utilizan en el proceso de mejora de la calidad. El personal de las unidades de salud recibe apoyo para capacitarse de forma continua en el tema de la mejora de la calidad.

Criterios de insumos

- En las instituciones de salud y en los servicios de salud se cuenta con un sistema para recoger, procesar y utilizar información sobre el uso

de servicios de salud sexual y reproductiva por adolescentes relativa al sexo, edad, estado civil, ocupación y, cuando es posible, orientación sexual o identidad de género, familia u otras, de acuerdo con las características del municipio.

- El personal de salud y de apoyo están capacitados para recopilar, analizar y utilizar datos que sirvan de base para diseñar e implementar iniciativas de mejora continua de la calidad.
- Cada institución de salud posee guías de autocontrol de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes y mecanismos para vincular supervisión de apoyo a las prioridades de mejora identificadas durante el monitoreo.
- En el país existe un sistema de habilitación y acreditación de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Criterios de procesos

- Las instituciones de salud y el municipio recopilan, procesan, analizan y usan datos sobre la utilización de las prestaciones de salud sexual y reproductiva y la calidad de la atención desglosados por tipo de atención, edad y sexo y otras variables demográficas relevantes y realizan autoevaluaciones periódicas sobre la calidad de la atención.
- El personal de salud de las instituciones recibe supervisión de apoyo en áreas identificadas durante el seguimiento de la aplicación de los estándares.
- En el municipio se aplica el sistema de habilitación y acreditación de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Actividades

- Capacitaciones y actualizaciones periódicas sobre registro, procesamiento y análisis de estadísticas sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Estandarización de los sistemas de registro de información de salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Reuniones sistemáticas con tomadores de decisión del sector de la salud y del Consejo de Administración Municipal para actualizar sobre indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y situación de los servicios de salud para los adolescentes.
- Elaboración y aplicación de guías de autocontrol de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes y mecanismos para vincular supervisión de apoyo a las prioridades de mejora identificadas durante el monitoreo.

- Generación y aplicación de sistema de habilitación y acreditación de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Criterios de salida

- Los informes periódicos (estadísticos y otra información disponible) sobre la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva y la calidad de la atención son desglosados por tipo de atención, sexo, edad, color de la piel y otras variables demográficas y se remiten a la autoridad administrativa superior (municipal, provincial y nacional).
- Los planes de mejora de la calidad en todos los niveles del sistema se elaboran y aplican en base a la información.

Estándar 8. Participación de los adolescentes

La población adolescente se involucra activamente en la planeación, el monitoreo, evaluación y mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva y en las decisiones acerca de su propia salud.

Criterios de insumos

- La población adolescente participa en la planificación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud sexual y reproductiva en las instituciones de salud de los municipios.
- El personal de salud conoce y aplica las leyes y reglamentos que rigen el consentimiento informado. El proceso de consentimiento está claramente definido por normas y procedimientos conforme a estas regulaciones.

Criterios de procesos

- Las instituciones de salud, al menos una vez al año, identifican las necesidades y expectativas de la población adolescente respecto al servicio, evalúan su experiencia de la atención y promueven la participación de los adolescentes en la planificación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud.

Actividades

- Encuentros periódicos con adolescentes para levantamiento de necesidades en salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva y evaluación.
- Participación y apoyo de representantes de organizaciones juveniles en las reuniones de las instituciones de salud y de la dirección municipal de salud.

Criterios de salida

- La población adolescente participa en la planificación, seguimiento y evaluación y sus necesidades y demandas son tomadas en cuenta en las decisiones sobre los servicios de salud sexual y reproductiva.

Bibliografía

Colectivo de autores (2000). *Programa Nacional de Salud Integral para la Atención a Adolescentes*. Ministerio de Salud pública.

Moreno López, D. J., Camacho, A. V. (2014). *Estándares de calidad. Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Latinoamérica y el Caribe. Diagnóstico de situación de la implementación*. Family Care International. UNFPA.

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Standards for Quality Health Care Services to Adolescents*. Disponible en: http://apps.who.int/adolescent/conddecade/section/section_6/level6_11.php

Habilidades y competencias de comunicación necesarias para trabajar con adolescentes

Dra. C. Livia Quintana Llanio y Dra. C. Matilde de la Caridad Molina Cintra

Las habilidades y competencias de comunicación en el personal de salud son esenciales para el desarrollo de servicios integrales de calidad para adolescentes y en la eliminación de las barreras para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. La Organización Mundial de la Salud ha definido que interactuar eficazmente con el adolescente constituye una competencia básica para el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios.

Existen factores relacionados con la edad y la etapa del desarrollo, interpersonales, comunitarios, estructurales y organizacionales que hacen de la población adolescente un grupo con características singulares por cómo entienden la información, qué información y canales de información influyen en su comportamiento y cómo piensan en el futuro y toman decisiones en el presente. Por estas razones es propósito de este capítulo proveer al personal de salud en servicio de conceptos y herramientas mínimas necesarias para lograr una comunicación eficaz¹ con los adolescentes.

Algunas de las características singulares de la población adolescente que representan nuevos desafíos en la comunicación para el personal de salud, en particular, en relación con la salud sexual y reproductiva, son:

- El rápido desarrollo psicosexual en esta etapa y la importancia de esfera de la sexualidad.
- En la adolescencia se van desarrollando habilidades de comunicación. Es frecuente que usen dobles lenguajes, en los códigos de sus pares, metáforas, modismos o símbolos propios del uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones y el lenguaje de adultos.

¹ La comunicación eficaz se entiende como la logra transmitir y recibir el contenido de los mensajes de la manera más fiel posible, reduciendo al mínimo las interferencias. De modo que se logre el objetivo de la comunicación. Para esto es necesario desarrollar habilidades (Galain *et al.*, 2015).

- Aumento de la necesidad de confidencialidad y autonomía en los servicios de salud respecto a etapas anteriores del desarrollo.
- Mayor capacidad para buscar atención sanitaria con autonomía de los padres o tutores, pero menos experiencia que los adultos para determinar cuándo hacerlo.
- Menor capacidad de acción y decisión que los adultos para exigir sus derechos.
- Falta de autonomía para dar su consentimiento informado sobre los servicios.
- Con mayor frecuencia acuden a los servicios de salud acompañados de adultos.
- La vergüenza y el temor a expresar sus dudas, preocupaciones, preferencias y necesidades en relación con su sexualidad, en especial a sus padres o al personal de salud.

El personal de salud y la organización de los servicios de salud:

- El insuficiente conocimiento de las características, necesidades y derechos de los adolescentes por parte del personal sanitario es otra de las barreras en el acceso a los servicios.
- Las creencias del personal de salud sobre los recursos que se relacionan con la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, sobre qué métodos anticonceptivos deben usarse en la adolescencia.
- La falta de intimidad en los servicios de salud constituye una limitación para que accedan por la importancia que le conceden a la privacidad y a la confidencialidad.

Factores de orden comunitario

Las creencias y las normas compartidas por la comunidad pueden inhibir al adolescente de demandar un servicio de salud.

¿Qué se entiende por competencias básicas y habilidades en el personal de salud?

- Competencia básica: poseer el conocimiento y emplearlo para decidir qué, cómo y cuándo actuar de la mejor manera posible.
- Habilidad: capacidad para el ejercicio de algo.

¿Qué es un enfoque positivo del desarrollo adolescente?

El enfoque positivo del desarrollo concibe al adolescente como una persona con potencialidades progresivas para adquirir y desarrollar habilidades y competencias para la vida. Estas están condicionadas por la edad y por las experiencias vitales.

El personal de salud debe poseer competencias para lograr una comunicación efectiva con la adolescente:

- Examinar los diversos factores que pueden mejorar el clima de los servicios: confidencialidad, la privacidad, la confianza, mostrar una actitud empática, exenta de juicios de valor y de respeto.
- Ofrecer información clara y veraz. Ser flexible y propiciar al adolescente su participación activa en las decisiones sobre el cuidado de su salud.
- Tomar en cuenta que la atención sanitaria al adolescente es un proceso, no un evento aislado, por eso es fundamental brindar el apoyo y asesoramiento continuos cuando sea necesario.

Destrezas (habilidad para)

- Crear una atmósfera de confianza y tratar al adolescente de manera cordial, respetuosa, con empatía, sin hacer juicios de valor y sin discriminación.
- Informar a los adolescentes acerca de sus derechos.
- Elaborar junto con el adolescente un plan para la comunicación con adultos cercanos, por ejemplo, los padres, tutores u otros familiares, y para su participación en el cuidado de la salud. Es esencial respetar la confidencialidad y propiciar el ejercicio de la autonomía del adolescente. En este proceso es posible que se involucre al equipo básico de salud y a profesores del grupo básico de trabajo.
- Es importante establecer los límites de la confidencialidad con el adolescente y sus familiares (cuando se ponga en peligro su vida o entrañe algún peligro para otras personas).
- Evaluar los factores que pueden incidir en las necesidades de salud y en el tratamiento de los adolescentes.
- Evaluar la influencia de las normas de género² en el comportamiento y sus efectos en la salud de la población adolescente de su área. Se debe tener en cuenta, además, la manera en que las normas de género pueden interferir con su práctica profesional.
- Identificar posibles problemas, molestias o preocupaciones que no se expresan como el motivo inmediato de la consulta.

² *Género* es una categoría cultural basada en las diferencias sexuales anatómicas. Es una práctica social que constantemente se refiere a los cuerpos y a lo que los cuerpos hacen, pero no es una práctica social reducida a los cuerpos (Connell, 2015). Las normas de género son las pautas culturales que regulan el comportamiento de las personas de acuerdo con sus características sexuales en la vida cotidiana. Estas normas otorgan un significado de lo que es ser hombre y ser mujer, asigna unas formas de relacionarse y unas prohibiciones, basadas en el dimorfismo sexual.

- Evaluar los determinantes sociales de la salud del adolescente para detectar factores de riesgo y protección en su entorno social (amistades, educativo/laboral y familiar u otros espacios de influencia social a los que esté expuesto).
- Ofrecer información y orientación apropiadas en función del entorno, la edad y el grado de desarrollo del adolescente, de preferencia usar intervenciones breves.
- Usar diferentes recursos, audiovisuales u otras tecnologías de la información y las comunicaciones cuando proceda, por ejemplo, aplicaciones para móviles; verificar la comprensión.
- Antes de la exploración física se debe ofrecer información clara y tener su consentimiento. Crear un clima de confianza y tranquilidad.
- Apoyar a los padres o tutores en las tareas educativas relacionadas con su salud.

Para lograr una comunicación efectiva es imprescindible la escucha activa y reflexiva

Recomendaciones para desarrollar una escucha activa y reflexiva

- Prestar atención al contenido de lo que se dice, cómo se dice y lo que no se dice con claridad o se omite voluntariamente o no. Estar alerta al lenguaje corporal: los gestos, las posturas corporales, la dirección de la mirada, el tono de la voz.
- Prestar atención a su propio lenguaje no verbal durante el intercambio con el adolescente. Una postura inclinada hacia adelante, contacto visual, indican su interés.
- Mientras el adolescente u otra persona le hable, mantener silencio. Evitar interrumpir o completar sus ideas.
- Ser paciente, esperar a que termine de hablarle y hacer preguntas, en caso necesario. Si el adolescente no quiere hablarle de determinado tema, esperar e intentar conversarlo en otro momento.
- Usar gestos suaves para animarle a continuar.
- Tener en cuenta las emociones del adolescente. Tratar de comprender lo que siente y piensa.
- Verificar la comprensión de las ideas, tanto en usted como en sus interlocutores.

Para estimularle a hablar existen algunos recursos que usted puede utilizar:

- Ser firme, claro y directo al hablar. Evitar ser ambiguo.
- Describir las situaciones, no calificarlas.
- Procurar tener alternativas de preguntas o formas para indagar, por ejemplo:
 - Formular preguntas abiertas: “Qué interesante lo que has comentado, ¿quieres contarme un poco más sobre esto?”
 - Repetir sus propias palabras. “Nos conocimos en la fiesta”, “en la fiesta”.
 - Ayudar a clarificar las ideas: “Mis padres no me entienden”, “¿qué es lo que tus padres no entienden?”.
 - Responder empáticamente: “Entiendo que te preocupe la reacción de tus padres”.
 - Facilitar sus expresiones: “Sé que muchos muchachos a veces no usan el condón, ¿lo has hecho tú?”
 - Señalar sentimientos que el adolescente no se ha percatado o señalar la relación con otras ideas: “Por lo que me dices, ¿entendiendo que sientes vergüenza y temor de que tus amigos descubran tus sentimientos?”.
 - Hacer resumen: “En síntesis, entiendo que no quisieras ser mamá tan joven, pero no sabes cómo decírselo a tu novio”.

La escucha activa y reflexiva es una condición también para lograr la empatía necesaria para lograr una comunicación eficaz.

La empatía es la capacidad de ponerse en lugar de la otra persona. Esta le permite comprender mejor lo que sucede al adolescente y que se facilite la relación. Hay varias condiciones que influyen en el establecimiento de un vínculo empático: inherentes al personal de salud, al adolescente, a las normas culturales del contexto y al ambiente físico

Algunas de las ideas y sugerencias expuestas, ayudan a mantener un vínculo empático. Usted también debe, además:

- Tener claridad de que comprender al adolescente no implica que usted esté de acuerdo o piense igual.
- Ser flexible, mantener claridad de su rol profesional.
- Hacerle saber que usted respeta sus ideas aun cuando no esté de acuerdo con ellas.
- No burlarse de lo que el adolescente diga.
- Evitar el rol parental, como el rol adolescente.
- Estimular autonomía y responsabilidad del adolescente.

- Estimular las fortalezas del adolescente.
- Crear una ambientación adecuada y acceso fácil a los servicios de salud.
- Reducir al mínimo las barreras ambientales como pueden ser los ruidos, interrupciones, falta de iluminación y falta de privacidad.

Asertividad

La asertividad es otra habilidad comunicativa imprescindible para los profesionales de los servicios de la salud.

En un servicio de salud sexual y reproductiva el profesional no solo establece una relación con el adolescente, sino también con los padres, parejas, amigos u otros familiares. Son variadas las situaciones que se pueden producir en estos servicios: de aceptación y apoyo al profesional, de incomprensión y confrontación con el mismo, hasta llegar a la generación de un conflicto que puede obstaculizar el servicio que está recibiendo el adolescente. Un profesional con desarrollo de la asertividad está preparado para manejar adecuadamente estas situaciones.

La asertividad está fundamentada en la confianza que se tiene en las cualidades personales. Expresa la autoestima y la seguridad del profesional, de manera que puede exponer con argumentos claros y directos la idea que quiere expresar.

Características de una persona asertiva

- Identifican lo que sienten, piensan y quieren.
- Controlan emociones que pueden obstaculizar la comunicación con otros y consigo mismo.
- Buscan el momento adecuado para expresar lo que sienten.
- Especifican ideas y sentimientos de manera clara y directa.
- Chequean con el interlocutor si entendió el mensaje.

Ser un profesional asertivo permite

- Asumir la responsabilidad de sus actos.
- No juzgar ni culpar a otras personas.
- Afrontar de manera positiva y constructiva para poder encontrar una solución mutuamente satisfactoria cuando existe un conflicto.

¿Cuáles son las ventajas de ser asertivos?

- La asertividad permite expresar lo que se piensa, sin ofender o agredir a otros, ni permitir ser ofendido u agredido, evitando situaciones que causen ansiedad.

- Una persona asertiva es tolerante, acepta sus errores y propone corregirlos, se encuentra muy segura de sí misma y es capaz de responder a un ataque pacíficamente.
- Se busca el beneficio de las dos partes que intervienen en el diálogo.

Un servicio de salud con profesionales asertivos garantiza:

- Incremento de la eficacia del servicio.
- Calidad y competencia de los servicios que se prestan.
- Buenos canales de comunicación.
- Aprovechamiento del tiempo.
- Clima interpersonal distendido y favorecedor del trabajo.

La clave del éxito en un servicio de salud sexual y reproductiva está basado en el desarrollo de estas tres habilidades comunicativas del profesional: empatía, escucha activa y asertividad

Bibliografía

- Connell, R. (2015). *El género en serio. Cambio global, vida personal, luchas sociales*. Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Galain, A., Viera, M., Dapuesto, J. J. y Varela, B. (eds.). (2015). *Manual de habilidades Comunicacionales para estudiantes de medicina del primer trienio*. Uruguay: Comisión Sectorial de la Enseñanza de la Universidad de la República Uruguay.
- Oliva Delgado, A., Hernando Gómez, Á., Parra Jiménez, Á., Petegal Vega, M. Ä., Ríos Bermúdez, M., y Antolín Suárez, L. (2008). *La promoción de salud en el adolescente: recursos y estrategias de intervención*. Consejería de Salud. Andalucía: Junta de Andalucía.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria. Incluido un instrumento para evaluar el componente de salud y desarrollo de los adolescentes en la formación previa al servicio de los proveedores de atención sanitaria*. Ginebra.
- Pérez Milena, A. (2015). *Guía de atención al adolescente*. Andalucía: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Salcedo, A., y Jennings, Y. R. (2016). *Guía práctica para el desarrollo de competencias en mediadores*. Santo Domingo: Ministerio de Educación de la República Dominicana. Dirección de Orientación y Psicología.
- UNESCO; ONUSIDA; UNFPA; UNICEF; ONU Mujeres; OMS (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia*. Edición revisada. París.

UNFPA/LACRO (2016). *Estándares de calidad para mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en América Latina y el Caribe.*

WHO (2015). *Global Standards for quality health care-services for adolescents. A guide to implement standards- driven approach to improve the quality of health care services for adolescents.* (Vol. Volumen 1: Standards and criteria). Geneva.

WHO (2019). *Nota normativa. Formar a un personal sanitario competente en salud del adolescente.*

Entrevista y examen físico a los adolescentes

*Dra. Francisca Cruz Sánchez, Dra. Diana María Stuart Duarte
y Dra. Silvia León Reyes*

La entrevista es la base fundamental e insustituible en la atención integral a los adolescentes. En la entrevista se incluyen aspectos en dependencia de la etapa en que se encuentre el adolescente. Debe hacerse en dos o tres tiempos, es decir, primero se habla con el adolescente, después con el familiar o acompañante y, por último, todos juntos. A veces se prefiere empezar escuchando a la madre o padre, pero lo que sí es imprescindible es *escuchar al adolescente*.

Es importante, antes de emitir un juicio en la valoración del adolescente:

- Analizar las esferas biológicas, psicológicas y el contexto social.
- Identificar frente a quién se encuentra, cómo y dónde vive, con quién vive, cómo es la familia, cómo se relacionan adolescente-familia-entorno.

Una buena estrategia para trabajar con adolescentes puede ser la entrevista motivacional. Esta no se trata simplemente del uso de la técnica de entrevista, sino que constituye una filosofía basada en el respeto a la persona, en este caso, al adolescente. Con esta se facilita la relación interpersonal y la exploración de la posibilidad de cambio. Se puede definir como un proceso continuado y estructurado con el objetivo de favorecer la toma de decisiones por parte de la persona que consulta en relación con un cambio de conducta.

El examen físico debe realizarse siempre en presencia de una tercera persona (familiar o personal de salud) y tener en cuenta la privacidad y el consentimiento informado.

En los adolescentes generalmente no se puede hacer un examen físico exhaustivo en la primera consulta. Primero se debe ganar su confianza, establecer empatía y lograr que entienda la necesidad de que sea explorado, especialmente, cuando se trata del área genital.

Las experiencias de los especialistas que atienden adolescentes indican que se dejan pesar, tallar y tomar la presión arterial con mucho placer, pero rechazan tener que quitarse la ropa, por lo que debe hacerse por partes y siempre con su consentimiento.

Es aconsejable hacer estos exámenes siempre con la presencia de una persona que sea aceptada por el adolescente (personal de enfermería, familiar, amigo o amiga, o pareja).

Algunas particularidades en la adolescencia que se deben tener en cuenta al realizar el examen físico:

- Aspecto general: higiene y vestimenta.
- Actitud durante la exploración: comportamiento, cooperación o resistencia y rasgos de personalidad.
- Si hay hirsutismo buscar signos de virilización.
- El acné, si es precoz e intenso, pensar en hiperandrogenismo.
- Observar si hay tatuajes, *piercing* y las posibles zonas de fibrosis en piel y mucosas.
- El examen bucodental en estas edades es de extrema importancia por lo que representa para la estética y apariencia personal (malformaciones o alteraciones odontógenas, entre ellas, las caries y otras lesiones).
- En el cuello: examinar tiroides por la frecuencia de bocio a estas edades y cadena ganglionar.
- En el tórax: examinar las mamas, lo que debe siempre realizarse a cualquier edad, pero en la adolescencia no se debe obviar. Es un buen momento para enseñar y demostrar cómo se realiza el autoexamen de mama. Los adolescentes varones no están exentos de padecer de patología mamaria.
- Es importante medir la presión arterial por la frecuente presencia de hipertensión arterial asintomática.
- En el abdomen: tener en cuenta la posibilidad de embarazo asociado a trastornos menstruales y la presencia de tumores de ovario, entre otros. Si la exploración abdominal es dolorosa en una adolescente sexualmente activa debe pensarse en enfermedad inflamatoria pélvica, entre otras.
- En los genitales: a estas edades en ocasiones se descubren malformaciones congénitas, así como lesiones por infecciones de transmisión sexual y por abuso sexual. Se le debe enseñar a los varones el autoexamen de los testículos, lo que les permite detectar precozmente alteraciones que repercuten en su salud sexual y reproductiva.
- Región perianal: observar también lesiones por infecciones de transmisión sexual (condilomas) o lesiones por violación o abuso sexual.

- Columna vertebral: la escoliosis y la cifosis son frecuentes que aparezcan en estas edades, dada la adopción de posturas anómalas al sentarse, dormir y caminar.
- Pelvis y extremidades: precisar disimetrías o asimetrías, así como alteraciones podálicas.
- Sistema nervioso: debe hacerse un examen exhaustivo ya que a estas edades se presentan con mucha frecuencia enfermedades psicosomáticas (lipotimias o síncope, mareos o vértigos, cefaleas, trastornos del sueño, depresión subclínica, entre otras) que tienden a confundirse con enfermedades orgánicas.
- Se debe tener en cuenta la agudeza visual y la audición (detección de hipoacusias ya que acostumbran a escuchar música ruidosa, alta y excesiva, tanto en sus hogares como en los centros de recreación).

Los exámenes complementarios en la adolescencia deben ser indicados ante:

- Sospecha de alguna alteración y nunca de rutina.
- En las mujeres, una vez que comiencen sus relaciones sexuales coitales se les debe realizar:
 - Exudado vaginal y endocervical.
 - Citología cervical a todas las adolescentes sexualmente activas con riesgo, la que se indica ante la presencia de evidencia y lesiones sugestivas de alguna patología cervical, ya sean benignas o malignas.
 - Estudios serológicos para sífilis, VIH y hepatitis B deben indicarse en uno y otro sexo cada vez que se consideren necesarios.
- La hemoglobina está indicada a todas las adolescentes femeninas alrededor de los 10 a 12 años de edad cuando comiencen sus ciclos menstruales y a los varones con riesgo nutricional.

La primera consulta a los adolescentes se debe hacer al cumplir los 10 años.

Bibliografía

- Cruz F., Rodríguez B., Alonso R. M. (2014). *La puericultura en la adolescencia*. La Habana: Ministerio de Salud Pública- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Silber, T. (2013). *La entrevista motivacional*. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/49%20-%20La%20Entrevista%20Motivacional,Cuba%202013.pdf>
- Madrid J. (s/f). *La entrevista motivacional. Una opción para comprometer a las y los adolescentes con su salud sexual y reproductiva*. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/EntrevistaMotivacional.pdf>

Prevención de infecciones de transmisión sexual-VIH/sida en adolescentes

MSc. Lidice Mederos Villalón

Contexto nacional

La carga de morbilidad y mortalidad a nivel mundial derivada de patógenos de transmisión sexual compromete la calidad de vida, la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, así como la salud del recién nacido y del niño. Las infecciones de transmisión sexual facilitan indirectamente la transmisión del VIH y provocan los cambios celulares que preceden a algunos tipos de cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En Cuba durante el periodo 2014 a 2018 se reportó un incremento anual de sífilis, una disminución de los casos de condiloma acuminado, blenorragia y todos los síndromes de infecciones de transmisión sexual. En cuanto al VIH, la transmisión por sangre y sus derivados y la transmisión materna infantil no constituyen un problema de salud, la transmisión por vía sexual es la forma de transmisión de más del 99 % de los diagnosticados (Ministerio de Salud Pública, 2019a).

En el último quinquenio, los grupos de edades de 25 a 29 años y de 20 a 24 años se mantienen entre los que mayor cantidad de casos han aportado proveniente en su mayoría de los 45 municipios priorizados (Ministerio de Salud Pública, 2019b).

En la población adolescente se ha producido un incremento en la sífilis y la blenorragia en los últimos años. En el caso de la sífilis el número de casos en las mujeres casi duplicó al de los varones menores de 20 años, mientras que la blenorragia fue marcadamente superior entre los varones (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Para trabajar la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH en adolescentes, desde la atención primaria de salud es necesario tener presentes algunas de las características relacionadas con los conocimientos y los comportamientos de esta población:

- El inicio de las relaciones sexuales ocurre hacia la mitad de la adolescencia, son los 16 años la edad más frecuente para ambos sexos, aunque los 15 años constituyen la edad mediana de inicio de los varones y los 16 años la edad mediana de inicio de las mujeres (Oficina Nacional de Estadística e Información, 2018).
- En esta población se registran las *proporciones más elevadas de desconocimiento* (persisten mitos e ideas erróneas). El 64 % de la población entre 12 y 19 años tiene una mezcla de conocimiento correcto con información errónea sobre las formas de transmisión del VIH. Solo el 32,8 % tiene conocimiento perfecto sobre el VIH.
- Se aprecia un incremento progresivo a lo largo del tiempo del *uso del condón en la primera relación sexual*, tanto en mujeres como en varones y con independencia de su orientación sexual o identidad de género (Oficina Nacional de Estadística e Información, 2018).
- El 67,5 % de los adolescentes entre 15 a 19 años *usaron condón en su última relación sexual* con pareja estable y el 85,9 % utilizaron condón con una pareja ocasional.
- El 22 % de los adolescentes entre 12 y 19 años *sienten vergüenza de comprar condones* en un establecimiento cerca de su casa, centro de estudio o de trabajo.
- El 20,4 % de los adolescentes entre 15 y 19 años se hicieron alguna vez la *prueba de VIH*. El 14,6 % se realizó la prueba en los últimos 12 meses.
- El 42,3 % de los adolescentes entre 15 y 19 años fueron *víctimas de violencia* en sus relaciones de pareja.
- Entre los adolescentes en general y los que tienen entre 12 y 14 años en particular, resultan más comunes que en el resto de la población las actitudes de rechazo hacia las personas con VIH, hombres que tienen sexo con hombres o transexuales, transgénero y travestis. En tres de cada cinco adolescentes de 12 a 14 años se reportaron disímiles actitudes de rechazo hacia los hombres que tienen sexo con hombres en tanto entre los que tienen entre 15 y 19 años estas manifestaciones estuvieron presentes en cerca de la mitad (45 %). También fueron comparativamente más elevadas las proporciones de adolescentes con actitudes de rechazo hacia las personas que viven con VIH, del orden del 44,6 % entre los que se encuentran en la primera etapa de la adolescencia y del 27,3 % entre los que tienen entre 15 y 19 años.

Estos elementos justifican la necesidad de desarrollar intervenciones integrales dirigidas a adolescentes, en el contexto de la atención primaria de salud. Para actuar sobre los comportamientos de los adolescentes se sugiere enfocar las acciones educativas en estos aspectos:

- Impulsar la educación de pares.
- Generar demanda para la adquisición de condones y su uso sistemático.
- Acceder a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva de forma oportuna para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH.

El equipo básico de salud debe desarrollar acciones de promoción de salud y prevención de las infecciones de transmisión sexual-VIH/sida abordando estos temas:

- La información relacionada con las infecciones de transmisión sexual y el VIH debe estar disponible para los adolescentes, redactada en lenguaje sencillo y claro, dispuesta en un lugar de fácil acceso.
- Los servicios de consejería cara-cara deben estar disponibles para los adolescentes que lo soliciten y deben cumplir con los parámetros de calidad como privacidad, confidencialidad y seguridad.
- Los adolescentes con disposición y actitud para formarse como promotores deben ser identificados e insertados en los programas educativos activos a nivel del municipio.
- Los espacios de intercambio entre adolescentes pueden utilizarse como escenarios propicios para desarrollar acciones educativas de promoción de una cultura de autocuidado y autorresponsabilidad de la salud sexual.
- La disponibilidad y venta de condones y otros métodos anticonceptivos en las farmacias comunitarias debe ser monitoreadas.

Sobre las necesidades de información relacionada con las infecciones de transmisión sexual-VIH/sida, en los adolescentes

Los adolescentes necesitan información clara y precisa sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Los adolescentes buscan apoyarse en personas firmes, que usen un lenguaje apropiado, que sean referentes, que muestren interés en sus actitudes y los motiven a realizar prácticas cuidadosas. En la atención primaria de salud se sugiere desarrollar la comunicación a través de estas fuentes:

- *Información a través de pares:*¹ los adolescentes encuentran en otros adolescentes con los que se relacionan, información de primera mano por lo que es vital que el promotor de salud esté bien

¹ Pares: que es similar a otro de su edad, sexo, condición social u orientación sexual.

- preparado, con información veraz y posea las habilidades necesarias para transmitirlo de la forma adecuada, es decir, usando los códigos de comunicación fáciles de comprender por adolescentes, apoyándose en juegos, actividades de participación o recursos que ayuden a fijar las ideas.
- *Información a través de la web:* los adolescentes acceden diariamente a herramientas virtuales donde pueden encontrar información sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Es importante impulsar a los adolescentes a acceder a las aplicaciones, sitios web y redes virtuales habilitadas para brindar la información fidedigna, basada en evidencia científica, que actúe sobre aspectos como la emoción, los sentimientos, la autoestima, la sensibilidad personal, la toma de decisiones y las posibilidades del cambio. Existen en la Red Nacional de Salud (Infomed) algunos sitios que se pueden recomendar a adolescentes para su orientación:
 - Consejería virtual: correo electrónico: consejeria-its@listas.sld.cu
 - Sitio web infecciones de transmisión sexual-VIH/sida: <https://temas.sld.cu/vihsida/>
 - Sitio web Prosalud: <http://instituciones.sld.cu/upp/>
 - Facebook: Prosalud: <https://www.facebook.com/prevencioncuba/>
 - Facebook: Jóvenes por la vida: <https://www.facebook.com/jovenxlavidaoficial/>

Consejerías cara-cara

La consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada de comunicación horizontal, donde se escucha, acoge, informa y guía a adolescentes, solos, su pareja o sus familiares para que fortalezcan su capacidad para la toma de decisiones informadas y responsables en el ámbito de la sexualidad en forma integral.

La consejería en adolescentes debe dirigirse a conocer las necesidades, inquietudes, sus afectos, sus conocimientos y las vías y recursos de comunicación que emplean para poder incidir de una manera más efectiva sobre ellos.

Necesitan una consejería especial los adolescentes con conductas de riesgo: adolescentes varones que tienen relaciones sexuales con otros hombres o transexuales, adolescentes que viven en situaciones de violencia intrafamiliar o que han sido víctimas de violencia sexual, en alguna de sus manifestaciones. En este caso es necesario, además, interconsultar con especialistas del grupo básico de trabajo u otros que se requiera.

Es importante tomar en cuenta que los adolescentes necesitan sentirse bienvenidos y seguros en las consejerías, para lo cual es importante:

- Disponer de un espacio privado para atender al adolescente sin interferencias externas.
- Evitar las barreras físicas, por ejemplo, los escritorios. Es necesario romper las barreras de poder.
- Ofrecer una silla o sofá cómodos para la persona joven.
- Resistir la tendencia a contarle al padre o madre de un adolescente el tema de su conversación a menos que el bienestar del adolescente u otras personas esté en peligro.
- Invitar a los padres cuando el adolescente joven lo desee.
- El personal del equipo debe ser amistoso y sensible a las necesidades del adolescente.

Temas a tratar en la consejería cara-cara

El personal de salud debe explorar:

- Toma de decisiones sobre la iniciación sexual y habilidades para enfrentar las presiones sociales que reciben los adolescentes de pares, de sus parejas e, incluso, de familiares.
- Decisión del inicio sexual y opciones de anticonceptivos disponibles.
- Inquietudes sobre el amor, la pareja, formas de relacionarse, formas de diálogo y recursos para negociar una relación respetuosa y autónoma.
- Como negociar las expresiones de afecto, qué se está dispuesto a aceptar y prodigar en una relación de noviazgo.
- Habilidades para manejar los celos, la violencia verbal, física u otra expresión de violencia, entre novios, especialmente si hay relaciones sexuales.
- Promoción del autocuidado y cuidado mutuo de salud, haciendo énfasis en las medidas preventivas para reducción de riesgos.
- Centrar el discurso en el bienestar y el disfrute.
- Utilidad, indicación y forma de usar cada método anticonceptivo, con énfasis en el condón y la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Informar sobre los riesgos de transmisión de la enfermedad.
- Relación entre cada método anticonceptivo con énfasis en el preservativo o condón y la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Formas de negociación con la pareja para el uso de métodos de protección.

- Promoción de la consulta temprana ante la aparición de los primeros síntomas: flujo, prurito, disuria, ardor, secreción peniana, entre otros.
- Embarazo no deseado, habilidades para asumirlo con la pareja y la familia.
- Como enfrentar el abuso sexual o la violencia sexual en varones y mujeres adolescentes.

Identificar y preparar a adolescentes con aptitudes para formarse como promotor par

Generalmente la educación de pares conlleva el uso de miembros de un grupo determinado para producir cambios entre otros miembros del mismo grupo. La educación de pares se utiliza para propiciar cambios a nivel individual, tratando de modificar conocimientos, actitudes, creencias, comportamientos de una persona, sin embargo, también puede producir cambios a nivel de grupos o social, modificando las normas y estimulando la acción colectiva.

La prevención de las infecciones de transmisión sexual-VIH/sida entre pares se refiere al desarrollo de la estrategia entre y a través de personas que forman parte de un grupo determinado. Esta modalidad, desarrollada desde la comunidad, tiene la ventaja de generar una corriente de aceptación y mayor identificación entre promotores par y población adolescente al compartirse lenguajes y códigos, lo que puede contribuir al rol de facilitador de procesos que le puede caber a un promotor según el contexto de la evaluación del riesgo y la implementación de estrategias de prevención y autocuidado.

En Cuba los programas de formación de promotores se implementan en todas las provincias del país. Los promotores pares son seleccionados previamente atendiendo a sus motivaciones e intereses y luego se capacitan a través de talleres teórico-prácticos utilizando la metodología participativa para el cambio de comportamiento, que no es más que los diferentes enfoques encaminados a elevar los conocimientos y mejorar las actitudes.

Cualidades a buscar en el adolescente para formarlo como promotor par

- Ser sociable, comunicativo y respetuoso.
- Comunicarse de forma adecuada.
- Tener motivación para ser promotor voluntario.
- Estar libre de manifestaciones de estigma y discriminación.

Espacios de intercambio entre adolescentes como escenarios para la promoción de la salud sexual

Los adolescentes por sus características psicológicas y sociales tienen una fuerte necesidad de encontrarse y socializar con sus iguales de forma frecuente, es por ello, que asisten a lugares donde pueda disfrutar de su compañía, ya sea en la escuela, centros deportivos o de recreación, parques, plazas, casas de cultura, proyectos socioculturales, entre otros, los que constituyen sitios de encuentro para conocer y contactar con personas afines, hacer amigos o encontrar parejas. Esta es una expresión del trabajo intersectorial ya que estos espacios pueden ser el escenario ideal para el desarrollo de acciones educativas lideradas por los promotores pares de la comunidad o por el propio personal de salud, siempre y cuando sean atractivas para la población que frecuenta el lugar. Estos son ejemplos algunas acciones a desarrollar:

- Distribuir condones y materiales educativos de forma gratuita.
- Situar punto de información.
- Distribuir aplicaciones móviles o información de forma gratuita a través de Zappya, WhatsApp u otras.
- Promover concursos, juegos de participación y competencias.
- Proyectar películas, cortometrajes o audiovisuales que aborden un tema de interés para su debate.
- Estimular el montaje de obras teatrales, coros y otras manifestaciones del arte.

Monitorear la disponibilidad de condones en las farmacias comunitarias

Si bien la disponibilidad de condones en el mercado y el acceso que pueda tener la población a los mismos no es suficiente para garantizar su uso, resulta una condición necesaria su existencia en la red de farmacias u otros puntos de venta. De ahí que la existencia de condones en el mercado y las posibilidades de adquirirlos que tenga la población, son aspectos esenciales para la protección.

Para facilitar el acceso a los condones, a través de la red nacional de farmacias se encuentran a la venta los condones Momento, Twin Lotus y VIGOR a precios módicos en moneda nacional que oscilan entre 15 centavos y un peso, a los cuales también se puede acceder a través de los puntos de ventas no tradicionales que se mantienen habilitados en todo el país.

El conocimiento de los canales de ventas o entrega gratuita de condones es importante a los efectos de poder hacer efectiva su adquisición

y reducir el tiempo necesario de búsqueda cuando se desea comprarlos. Otro factor que pudiera incidir sobre la factibilidad de adquirir los condones en quienes de forma habitual no prevén la necesidad de llevarlos siempre consigo, es el tiempo que tendrían que emplear para obtenerlos (Oficina Nacional de Estadística e Información, 2018).

El equipo básico de salud debe monitorear la disponibilidad de condones que tiene la red de farmacias enclavadas en la comunidad y la disponibilidad en los puntos de venta no tradicionales, lo que le permitirá informar a los adolescentes a donde dirigirse a encontrar el producto para reducir el tiempo que emplean en obtenerlo.

Bibliografía

- Oficina Nacional de Estadística e Información (2018). Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida-2017.
- Ministerio de Salud Pública (2019a). Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis 2019-2023.
- Ministerio de Salud Pública (2019b). Registro informatizado de VIH/sida.
- Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y Caribe (2019). Sitio web. Disponible en: <http://www.codajic.org/>
- Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida (2006). Manual de capacitación para facilitadores juveniles en educación sobre infecciones de transmisión sexual-VIH/sida.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Manual Modelo de Consejería orientada a jóvenes.*

Organización de los servicios de planificación familiar para adolescentes

Dr. Roberto Tomás Álvarez Fumero

Principios básicos de la planificación familiar en Cuba

- Cobertura universal desde la atención primaria.
- Gratuidad de los servicios.
- Equidad y no discriminación.
- Voluntariedad de las parejas o la mujer.
- Se proporciona información y orientación sobre métodos anticonceptivos.
- Respeto a la libre elección del método anticonceptivo.
- Uso de métodos anticonceptivos seguros, con predominio de los de larga duración y alta eficacia.
- Respeto por las elecciones informadas, la privacidad y la confidencialidad.
- Profesionales técnicamente competentes y habilitados.
- La satisfacción de las necesidades de anticoncepción de los adolescentes.
- El propósito de eliminar barreras para acceder a los servicios.
- Promueve el alcance de estándares de calidad para la atención a los adolescentes.
- El acceso a las personas con discapacidad en condición de igualdad con los demás.
- Un fuerte componente de promoción de salud sexual y reproductiva.
- La identificación del riesgo reproductivo preconcepcional y la implementación de acciones para su modificación.
- La oferta de un paquete de servicios para la identificación de otros problemas de salud sexual y reproductiva: malestares de la sexualidad, atención a la pareja infértil, a las manifestaciones de violencia, cáncer del aparato reproductor, entre otros.

Planificación familiar en los tres niveles del sistema

- *Consultorios del médico y la enfermera de la familia:* en todos se desarrollan actividades de planificación familiar por parte del equipo básico de salud (médicos y personal de enfermería), con el asesoramiento del profesor del grupo básico de trabajo, especialista en ginecología y obstetricia y del psicólogo.
- *Consultas municipales:* cada municipio debe contar al menos con una consulta de planificación familiar en uno de sus policlínicos (el considerado con mejores condiciones logísticas para su adecuado funcionamiento), en la que labora un grupo de trabajo integrado por un especialista de ginecología y obstetricia de uno de los grupos básicos de trabajo con fondo de tiempo, un personal de enfermería y un sicólogo.
- *Servicios de aborto y puerperio de hospitales ginecobstetricos:* en cada maternidad con más de 1 000 partos anuales, existe una licenciada en enfermería, asesorada por un especialista de ginecología y obstetricia, que desarrolla las actividades de información y orientación sobre métodos anticonceptivos previo a la interrupción voluntaria del embarazo, en gestantes y sus parejas y en puérperas (priorizando las adolescentes), para cuando las mujeres lo decidan y elijan sean prescritos o colocados métodos anticonceptivos de alta eficacia y larga duración en el posaborto y posparto.
- *Servicios especializados en hospitales clínico quirúrgico e institutos nacionales:* dirigidos a identificar a las mujeres en edad fértil con enfermedades crónicas no transmisibles y sus parejas que constituyan riesgos para la reproducción, a quienes ofrecen información y orientación sobre métodos anticonceptivos. En estos labora una licenciada en enfermería la que administra o coloca métodos anticonceptivos de alta eficacia y larga duración, cuando las mujeres lo decidan y elijan.
- *Consultas de ginecología infanto-juvenil en hospitales pediátricos:* dirigidos a identificar y tratar los problemas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, además de brindar información y orientación sobre métodos anticonceptivos. En estos labora un especialista en ginecología y obstetricia y una licenciada en enfermería, quienes prescriben, administran o colocan métodos de alta eficacia y larga duración, cuando las mujeres adolescentes lo decidan y elijan.

Métodos anticonceptivos disponibles en los servicios de planificación familiar

- *Consultorios del médico y la enfermera de la familia:* dispositivos intrauterinos (gratuitos), anticoncepción de emergencia (gratuitos), hormonales orales solo de progestágenos y tres variantes de hormonales orales combinados (sin prescripción médica se adquieren en todas las farmacias comunitarias), hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona de 150 mg) y hormonales inyectables combinados (noristerat y mesigyna), según disponibilidad (bajo prescripción médica en todas las farmacias comunitarias).
- *Consultas municipales:* dispositivos intrauterinos (gratuitos), hormonales orales solo de progestágenos y tres variantes hormonales orales combinados (sin prescripción médica en todas las farmacias comunitarias), hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona de 150 mg) y hormonales inyectables combinados (noristerat y mesigyna), según disponibilidad (bajo prescripción médica en todas las farmacias comunitarias) e implantes subdérmicos (gratuitos).
- *Servicios hospitalarios de aborto y puerperio:* dispositivos intrauterinos (gratuitos), hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona de 150 mg) y hormonales inyectables combinados (noristerat y mesigyna), según disponibilidad (bajo prescripción médica en todas las farmacias comunitarias) e implantes subdérmicos (gratuitos).
- *Servicios o especializados en hospitales clínico quirúrgicos e institutos:* dispositivos intrauterinos (gratuitos), hormonales orales solo de progestágenos y tres variantes hormonales orales combinados (sin prescripción médica en todas las farmacias comunitarias), hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona de 150 mg) y hormonales inyectables combinados (noristerat y mesigyna), según disponibilidad (bajo prescripción médica en todas las farmacias comunitarias).

Condiciones que deben reunir los profesionales que laboran en las consultas de planificación familiar

- *Médico:* debe ser especialista de primer grado, preferiblemente en ginecología y obstetricia, con capacitación específica para la actividad que incluye competencias para ofrecer información sobre la disponibilidad de los servicios y los derechos sexuales y reproductivos y orientación sobre planificación familiar.

- *Enfermera*: debe ser licenciada, con capacitación específica para la actividad, que incluye competencias para ofrecer información sobre la disponibilidad de los servicios y los derechos sexuales y reproductivos, así como habilidades para la colocación de dispositivos intrauterinos e implantes subdérmicos y también para la comunicación interpersonal y para desarrollar acciones educativas participativas.
- *Sicólogo*: con capacitación específica para la actividad que incluye competencias para ofrecer información sobre la disponibilidad de los servicios y los derechos sexuales y reproductivos. Se prefiere que sea máster en sexualidad.
- *Recepcionista*: con capacitación específica para la actividad, competencias para ofrecer información sobre la disponibilidad de los servicios y los derechos sexuales y reproductivos, incluida habilidades para la comunicación interpersonal.

Documentación con que deben contar las consultas de planificación familiar

- *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anti-conceptivos*. Tercera edición (2018). Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.
- *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Quinta edición (2015). Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.
- Rotafolio: herramienta para la toma de decisiones destinada a personas usuarias y personas prestadoras de servicios de planificación familiar.
- *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Quinta edición (2015). Elección de anticonceptivos.
- *Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres*. Ministerio de Salud Pública (2016).
- *Guías de actuación para los servicios de planificación familiar*. Ministerio de Salud Pública (2018).

Objetivos de la orientación e información en planificación familiar

- Divulgar el conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- Facilitar que los adolescentes, mujeres, hombres y las parejas, a través de los profesionales de la salud, conozcan la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y planificación familiar, las ca-

- racterísticas de los anticonceptivos y comprendan la importancia y los beneficios de su uso en la promoción de la salud sexual y reproductiva.
- Divulgar los beneficios del uso de los anticonceptivos y sobre dónde y cómo obtener atención en anticoncepción y otros componentes de la salud sexual y reproductiva (horario de atención, localización, entre otros).
 - Proporcionar, de cada método anticonceptivo, en un lenguaje y formatos que resulten de fácil comprensión y acceso, esta información: eficacia relativa, uso correcto, cómo funciona, efectos secundarios frecuentes, riesgos y beneficios para la salud, signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud, retorno a la fertilidad tras la suspensión del uso y protección contra las ITS.
 - Deshacer rumores, mitos y creencias sobre métodos anticonceptivos.
 - Ofrecer orientación sobre “cómo” usar métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz.
 - Desarrollar acciones educativas participativas para facilitar que los adolescentes se apropien de informaciones actualizadas de todos los métodos anticonceptivos y puedan tomar una decisión informada.
 - Respetar el derecho a la libertad de elección y a la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones, considerando los criterios médicos de elegibilidad.
 - La promoción de prácticas de buena atención no relacionadas con una anticoncepción, no debe considerarse un requisito previo ni un obstáculo para la provisión de un método anticonceptivo, aunque sí como un complemento.

Criterios a tener en cuenta para la elección del método

- La toma de decisiones requiere un equilibrio entre las ventajas y las desventajas de los diferentes métodos, que varían en función de las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales.
- La elegibilidad de las personas para usar diversos métodos anticonceptivos se basa en los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, quinta edición (2015), el criterio clínico, criterios sociales, de conducta y otros criterios no médicos, el riesgo inicial de enfermedad, el perfil de efectos adversos de los distintos productos, la disponibilidad y las preferencias de los adolescentes.
- La elegibilidad de los adolescentes que viven con VIH-sida debe tener en cuenta los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos en personas que viven con VIH-sida* (2017).

- La elección anticonceptiva depende de una parte de la eficacia del método anticonceptivo para la prevención de un embarazo no planificado y de otra parte de cuán correcta y consistentemente se usa.
- No despojar a los adolescentes de sus elecciones ni imponerlas o limitadas.
- La mayoría de los adolescentes tienden a ser usuarios más eficaces a medida que adquieren mayor experiencia con un método.
- En los adolescentes con discapacidad la decisión tiene en cuenta, además de las características específicas del método, las preferencias de la persona y la naturaleza de la discapacidad.
- En general, los adolescentes son elegibles para usar los mismos métodos anticonceptivos que las personas adultas y deben tener acceso a una variedad de opciones. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a los adolescentes.
- Se deben sopesar las preocupaciones respecto al uso de ciertos métodos anticonceptivos por parte de adolescentes y las posibles ventajas de evitar un embarazo no deseado.

Calidad en los servicios de planificación familiar

La calidad de la atención en planificación familiar es de primordial importancia para garantizar la consecución de altos estándares de salud para los adolescentes.

La calidad es un concepto complejo, subjetivo, que involucra varios aspectos y diferentes perspectivas (Tabla 7.1). Puede presentar una amplia gama de servicios, desde muy malos a muy buenos, y su evaluación siempre debe considerar la perspectiva de usuarios, proveedores y gestores de los programas.

Tabla 7.1. Aspectos de la calidad de los servicios de planificación familiar

Usuario	Prestador	Gestor
Amabilidad-respeto	Tiempo para atender	Presupuesto suficiente
Comunicación clara	Equipo de salud eficiente	Insumos suficientes
Puntualidad-esperas cortas	Exámenes disponibles	Demanda satisfecha
Solución de los problemas	Amplia gama de opciones	Comunidad no reclama

Una atención de calidad lleva implícito el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, hombres y adolescentes en los servicios:

- **Acceso:** amplia cobertura, sin restricción por barreras legales ni discriminación, ofrecidos en horarios que satisfagan las necesidades de los adolescentes.

- *Información*: de la ubicación, horarios y profesionales que laboran en los servicios de planificación familiar; sobre derechos y deberes; disponibilidad de métodos anticonceptivos, su modo de empleo, mecanismos de actuación, efectos adversos, eficacia, duración, entre otras características.
- *Elección*: deben contar con varios tipos de métodos y respetar el derecho a la libre elección del método por la pareja o el adolescente, con el empleo de los criterios médicos de elegibilidad.
- *Privacidad*: los locales deben reunir condiciones para respetar el pudor y garantizar un ambiente de confianza entre los usuarios y los proveedores.
- *Seguridad*: deben ser ofrecidos por personal competente y donde se propongan métodos anticonceptivos de probada seguridad.
- *Confidencialidad*: el personal no debe divulgar información sobre las parejas o los adolescentes que acuden a los servicios de planificación familiar.
- *Comodidad o confort*: con higiene, iluminación, ventilación, mobiliario y local con condiciones para una espera cómoda.
- *Continuidad de cuidados*: los profesionales garantizan citas o reconsultas posteriores a la colocación del método anticonceptivo y deben tener habilidades para identificar y tratar adecuadamente otros problemas de salud sexual y reproductiva y si es necesario referir para su atención más especializada.
- Derecho a expresar sus opiniones sobre la calidad de los servicios.

Los servicios para los adolescentes deben reunir estos atributos de calidad:

- *Equidad*: significa el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes. Los profesionales y el personal de apoyo deben tratar a todos los adolescentes con respeto y sin discriminaciones, ofreciendo el mismo servicio a todos, independientemente de su edad o estatus social.
- *Accesibilidad*: deben tener horarios de atención convenientes para los adolescentes, los que deben estar informados sobre los servicios disponibles y cómo y dónde obtenerlos. La comunidad, incluyendo las familias, debe estar igualmente informadas y conscientes de los beneficios que los adolescentes tengan servicios y les apoyen. La información a los adolescentes se entrega por varios canales o métodos y se prefiere que participen en la discusión y planeamiento de los servicios.
- *Aceptable*: deben contar y aplicar políticas de confidencialidad y garantizar la privacidad. El servicio debe ser humanizado, cordial, sin prejuicios, sin juicios de valor. La espera debe ser corta para hacer

las citas, las consultas y las referencias. Se debe ofrecer educación participativa en salud en un local atractivo y limpio.

- *Apropiado*: se debe reconocer y tener respuesta a otras necesidades fuera de la que motiva la consulta y sistemas de referencia para condiciones no tratables en el centro de salud.
- *Efectivo*: se debe contar con los equipos e insumos necesarios (al menos cinco métodos anticonceptivos), el equipo de salud debe tener tiempo suficiente para atender adolescentes, las competencias requeridas para dejar resuelto o encaminado los problemas, usaran los protocolos y guías basadas en evidencias.

De igual modo deben respetarse los derechos y necesidades de los trabajadores de los servicios: acceso a capacitación, información, laborar en infraestructura adecuada, garantías de insumos, asesoramiento, apoyo de los supervisores, respeto, retroalimentación sobre su desempeño y derecho a expresar sus opiniones sobre la calidad de los servicios.

La humanización de la atención debe ser un principio en la dimensión ética de la relación entre usuarios y proveedores. Implica la valoración de todas las personas involucradas: los usuarios, trabajadores y los gestores, y se guía por estos valores:

- La autonomía.
- El protagonismo de los usuarios.
- La corresponsabilidad entre ellos.
- El establecimiento de vínculos solidarios.
- Respeto a los derechos de los usuarios.
- La participación colectiva en el proceso de gestión.

Aunque la humanización es un prerrequisito de la calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva (sin humanización no hay buena calidad), sin embargo, por sí sola no garantiza buena calidad (hay ejemplos de servicios altamente humanizados de baja calidad).

La calidad en planificación familiar está relacionada con la elección del método por los adolescentes y el aumento de la prevalencia del uso del mismo mientras mayor es la calidad. Mientras mejor es la calidad, se aumenta el uso de anticonceptivos.

Para reducir las necesidades insatisfechas en anticoncepción en adolescentes no solo se requiere asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos en toda la red básica de salud, la ampliación de acceso, sino también asegurar la calidad de la atención.

Los equipos básicos de salud deben tener en cuenta seis elementos fundamentales para asegurar la calidad de atención en las consultas de planificación familiar, todos interrelacionados bidireccionalmente:

- *Existencia de información para los usuarios:* para una elección informada, los adolescentes deben recibir información imparcial, completa y basada en evidencias sobre todos los métodos anticonceptivos y sus características: cómo se usa, cómo actúa, eficacia, efectos colaterales y seguimiento. La información puede ser dada en forma colectiva lo que permite una amplia interacción para resolver todas las dudas.
- *Buenas competencias técnicas de los proveedores:* todo el equipo de salud (repcionista, auxiliares, enfermeras y médicos), tiene que estar capacitado en los aspectos técnicos de los métodos anticonceptivos y las habilidades de comunicación interpersonal, porque influyen en la elección del método y la calidad del servicio.
- *Adecuadas relaciones Interpersonales entre los usuarios y los proveedores:* el servicio debe reconocer que los adolescentes tienen el derecho de tener acceso a información y atención en anticoncepción. El equipo básico de salud en los consultorios del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y los servicios de aborto y posparto debe atender de manera cordial, creando un clima de confianza, tiene que estar siempre disponible para atender y responder a todas las dudas de los adolescentes y verificar que entienden las indicaciones o instrucciones.
- *Elección libre de las parejas o adolescentes sobre los métodos disponibles:* los adolescentes deben tener a su disposición una amplia gama de métodos, para que puedan escoger libremente el que consideren más adecuado. Si el método anticonceptivo no está disponible, debe referirse a consulta municipal de referencia o al servicio hospitalario, por ejemplo: implante, hormonales inyectables de baja disponibilidad, ligadura y vasectomía. Los adolescentes también tienen la libertad para cambiar de método si así lo desean o necesitan.
- *Garantías de continuidad y seguimiento:* las guías de actuación y los protocolos de seguimiento deben establecerse de acuerdo con las evidencias científicas y las características y necesidades de los adolescentes. Se debe estimular la continuación de uso respondiendo todas las dudas con información basada en la evidencia y siempre se verifica la satisfacción y el modo de uso del método. Se sugiere aprovechar los contactos para reforzar otras informaciones, por ejemplo, doble protección para prevenir las ITS-VIH-sida.
- *Oferta de atención especializada para otros problemas de salud sexual y reproductiva identificados:* los equipos básicos de salud deben atender otras necesidades (prevención del cáncer cérvicouterino y examen de mamas) y referir a los adolescentes oportunamente ante cualquier sospecha de enfermedad (diabetes, hipertensión y

displasia cervical) para la valoración por profesores del grupo básico de trabajo o especialistas hospitalarios. Se debe integrar la prevención de ITS-VIH-sida a la atención en anticoncepción.

Se propone seguir un modelo de cinco pasos para la atención de adolescentes en la consulta de planificación familiar:

- *Establecer una relación cordial*: saludar, presentarse, llamarlos por el nombre y crear un clima de confianza; atender en un ambiente agradable, cuidar la privacidad, hacer comentarios generales y hablar de la confidencialidad.
- *Identificar sus necesidades*: se deben usar técnicas de comunicación:
 - Comunicación verbal: hacer preguntas adecuadas, con un tono de voz agradable y usando elogios e incentivos.
 - Comunicación extraverbal: escuchar con atención, mantener postura inclinada hacia la persona (sin empoderamiento), mirar a los ojos de la adolescente, toque de apoyo y expresión del rostro.
- *Responder a las necesidades*: con información correcta, clara y objetiva, lenguaje adecuado y uso de apoyo visual (rotafolio), si se requiere.
- *Verificar la comprensión*: preguntar si tienen dudas, escuchar con atención las dudas, repetir la información si es necesario hasta comprobar que la dominan y comprenden.
- *Mantener una relación cordial*: el equipo básico de salud debe colocarse a disposición del adolescente, transmitir confianza y estimular el seguimiento.

Deberes de los profesionales que laboran en los servicios de planificación familiar

- Respetar y promover los derechos sexuales y reproductivos.
- Brindar información adecuada a las personas para ayudarlas a tomar una decisión informada y voluntaria respecto a un determinado método anticonceptivo.
- Ofrecer información sobre prácticas sexuales seguras para prevenir la transmisión de ITS-VIH-sida, recomendando enfáticamente la doble protección a todas las personas en riesgo significativo, ya sea a través del uso simultáneo de preservativos con otros métodos o mediante el uso correcto y consistente de los preservativos solos, los que deben ser suministrados gratuitamente en cada consulta.
- Desarrollar acciones intersectoriales en escuelas y la comunidad, para informar y aconsejar a adolescentes, padres y maestros sobre la prevención del embarazo.

- Ofrecer consejería sobre la prevención de la infertilidad.
- Cuando se ofrezcan métodos que requieren procedimientos de inserción, colocación o extracción (implante o dispositivo intrauterino), se debe garantizar los insumos adecuados y seguir los procedimientos correspondientes para prevenir infecciones.
- Establecer las coordinaciones y asistir a las personas regionalizadamente, en caso de métodos permanentes (esterilización quirúrgica y vasectomía).

Responsabilidades de los profesionales y directivos en la planificación familiar

- Los directores municipales son los máximos responsables del funcionamiento de los consultorios del médico y la enfermera de la familia y las consultas municipales de planificación familiar.
- El director del policlínico donde radica la consulta municipal de planificación familiar debe garantizar:
 - Disponibilidad de al menos cinco variantes de métodos anticonceptivos, condones y otros insumos necesarios.
 - Disponibilidad de anticoncepción posaborto en la consulta de regulación menstrual.
 - La capacitación sistemática de los recursos humanos que laboran en la consulta municipal de planificación familiar y de su reserva.
 - La existencia de documentos metodológicos y didácticos para brindar información y orientación basada en la evidencia científica.
- Los subdirectores municipales, por intermedio de los responsables del Programa Materno Infantil, deben organizar y controlar el funcionamiento de las consultas municipales de planificación familiar, el fondo de tiempo de los recursos humanos que laboran en estas y su superación sistemática. Deben, además, garantizar la estabilidad en el funcionamiento y la disponibilidad de métodos anticonceptivos y otros insumos.
- Los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas municipales son responsables de adecuar el sistema de turnos y planificación de la frecuencia de consultas que sean necesarias para satisfacer la demanda, sin tiempo de espera, y proveer la información estadística sistemática y continua necesaria para el monitoreo de la actividad.
- El jefe de grupo básico de trabajo es el responsable de controlar el estado de la dispensarización de las mujeres en edad fértil según

los riesgos reproductivos, el cumplimiento de la evaluación mínima anual del riesgo reproductivo preconcepcional y la existencia de métodos anticonceptivos y condones en los consultorios del médico y la enfermera de la familia.

- El equipo básico de salud debe ofrecer información y orientación sobre disponibilidad de anticoncepción a todas las mujeres en edad fértil con énfasis en las adolescentes. Para esto debe disponer, en un lugar visible, el horario de atención para adolescentes, planificar una consulta semanal con horario deslizando tomando en cuenta los criterios de los adolescentes y ofrecer consejería en escuelas de nivel medio y superior que se encuentren en su radio de acción.
- El equipo básico de salud es el responsable directo de la prescripción y provisión de métodos de planificación familiar a los adolescentes, así como la atención a adolescentes que viven con VIH.
- El equipo básico de salud es el responsable de ejecutar medidas para la prevención de la infertilidad y desarrollar acciones comunitarias e intersectoriales para reducir el embarazo en la adolescencia; además de promover una sexualidad responsable con mayor uso del condón para reducir la incidencia de ITS-VIH-sida, así como ofrecer información sobre las ventajas de proseguir el embarazo y los riesgos de optar por el aborto, dando un plazo de reflexión a la pareja para tramitar la interrupción voluntaria del embarazo y garantizar la evaluación anual del riesgo reproductivo a todas las mujeres en edad fértil.

Bibliografía

- Bruce, J. (1989). *Fundamental elements of the quality of care: a simple framework*. Programs Division. Working Papers No. 1. New York: Population Council.
- Improving quality of care in Family Planning. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/news/improving-quality-of-care-in-family-planning>.
- Jain Anrudh, K. (1989). Fertility reduction and the quality of family planning services. *Studies in Family Planning*, 20(1), 1-16.
- Making health services adolescent friendly: Developing national quality standards for adolescent-friendly health services. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bits-tream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Resolution adopted by the United Nations General Assembly*. New York. Disponible en: <http://www.undocuments.net/a61r106.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes: principles and processes*

- of adaptation and implementation*. Ginebra. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.9_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2011). *World report on disability 2011*. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations*. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). *WHO handbook for guideline development*. Second edition. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Fifth edition. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/family_planning/MEC-5/en/
- Rama Rao, S., Lacuest, M., Costello, M., Pangolibay, B., Jones, H. (2003). The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plann Perspect*, 29(2), 76-83. doi:10.1363/ ifpp.29.076.03.
- Sanogo, D., Rama Rao, S., Johnes, H., N'diaye, P., M'bow, B., Diop, C. B. (2003). Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal. *Afr J Reprod Health*, 7(2), 57-73.
- Trussell, J. (2011). Contraceptive efficacy. En: Hatcher, R. A., Trussell, J., Nelson, A. L., Cates, W., Kowal, D., Policar, M. (editors). *Contraceptive technology: twentieth revised edition*. New York: Ardent Media.

Generalidades de los métodos anticonceptivos

MSc. Gabino Ernesto Arman Alexadrinni y Dr. Roberto Tomás Álvarez Fumero

Los métodos anticonceptivos son los que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de una persona o de una pareja, en forma temporal o permanente.

Se consideran métodos permanentes los que limitan permanentemente la capacidad reproductiva: la ligadura tubárica o esterilización quirúrgica en la mujer y la vasectomía en el hombre.

Los métodos transitorios están destinados a espaciar el número de hijos o limitarlos por un periodo de tiempo en parejas que así lo desean y son una opción para adolescentes o mujeres con riesgos reproductivos hasta que logran su modificación a atenuación.

Los métodos anticonceptivos transitorios con mayor disponibilidad en Cuba son:

- Hormonales: estos pueden ser combinados o solo de progestágenos. Su presentación es en tabletas orales, inyectables o implantes subdérmicos. Pueden ser de uso habitual o de emergencia.
- Dispositivos intrauterinos.
- Condón femenino o masculino.

Los métodos anticonceptivos deben cumplir con algunos requisitos y características que permitan a cada persona alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo con su proyecto y situación de vida.

La eficacia de los métodos anticonceptivos varía de unos a otros y se expresa habitualmente como el número de embarazos que ocurren en 100 mujeres durante un año de uso del método anticonceptivo y se divide para su evaluación en:

- Eficacia en uso correcto: incluye los embarazos que ocurren en el uso correcto y consistente del anticonceptivo.
- Eficacia en uso habitual: incluye todos los embarazos que ocurren durante el uso del anticonceptivo, ya sea usado en forma adecuada o no.

No hay un método que sea el mejor para todas las personas en todas las situaciones de la vida. Las personas deben considerar las características de los métodos y las circunstancias de vida actuales y elegir el que les parezca más adecuado para poder alcanzar sus objetivos reproductivos sin riesgos.

El médico o personal de enfermería debe conocer que la elección informada, libre y voluntaria del método anticonceptivo es un derecho de las personas y deben asegurarse que el uso del método elegido no signifique riesgos innecesarios para la salud de la mujer o su pareja.

La Organización Mundial de la Salud publica de manera sistemática los criterios médicos de elegibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos y recomienda su uso teniendo en cuenta cuatro categorías:

- Categoría 1: no hay limitaciones para el uso del método.
- Categoría 2: los beneficios de usar el método superan los posibles riesgos.
- Categoría 3: los posibles riesgos superan los beneficios de usar el método.
- Categoría 4: el uso del método representa un riesgo inaceptable.

Bibliografía

Colectivo de autores (2015). *Planificación familiar y anticoncepción. Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 12-21.

Organización Mundial de la Salud (2007). *Planificación familiar. Un Manual mundial para proveedores*. USAID. Johns Hopkins University.

Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud (1999). *Lo esencial en la tecnología anticonceptiva. Manual para el personal clínico*. USAID. Johns Hopkins University.

Anticonceptivos hormonales inyectables

MSc. Gabino Ernesto Arman Alexadrinni y Dr. Miguel Ángel Sosa Marín

Anticonceptivos hormonales inyectables combinados

Son preparados inyectables que contienen las dos hormonas sexuales femeninas: una progestina y un estrógeno. También reciben el nombre de *anticonceptivos inyectables combinados* o *la inyección mensual*. Tienen una alta eficacia y menos riesgos de salud que las píldoras por usar estrógeno natural y no tener el primer paso por el hígado. Tienen pocos efectos secundarios, pero más alteraciones menstruales que con las tabletas anticonceptivas.

Su mecanismo de acción se basa en inhibición de ovulación en casi 100 %, siempre que se respeten los ciclos y además haciendo más hostil y difícilmente penetrable el moco cervical.

La eficacia de los anticonceptivos inyectables combinados depende de la puntualidad. Cuando este método se utiliza de forma continua y consistente se producen menos de 0,05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. En el uso habitual la tasa de embarazo es de 3 por cada 100 mujeres en el primer año de uso. El mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer se atrasa en su inyección o la omite.

El retorno a la fertilidad tras la interrupción de las inyecciones es rápido.

Este método sin el uso del condón como doble protección no protege de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida.

Criterios médicos de elegibilidad

No deben ser propuestos por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 4) en estas condiciones:

- Mujeres puérperas lactando hasta las seis semanas posparto.
- Puérperas que no lactan con menos de 21 días posparto con factores de riesgo de tromboembolismo pulmonar.

- Hipertensión arterial moderada a grave (tensión arterial sistólica mayor o igual que 160 mmHg y tensión arterial diastólica mayor o igual que 100 mmHg).
- Cáncer de mama actual.
- Enfermedad tromboembólica o accidente cardiovascular.
- Migraña con aura a cualquier edad.
- Cardiopatía isquémica o valvular.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.

No deben ser propuestos porque los riesgos superan a las ventajas de su uso (categoría 3) en estas condiciones:

- Mujeres puérperas lactando entre las seis semanas y los seis meses.
- Puérperas que no lactan con menos de 21 días posparto sin otros factores de riesgo de tromboembolismo pulmonar.
- Hipertensión arterial leve.
- Diabetes mellitus con más de 20 años de evolución o con enfermedad vascular.
- Enfermedad vesícula biliar.
- Hepatitis viral aguda.
- Uso de lamotrigina y antirretrovirales (inhibidores de proteasa-ritonavir).
- Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Fumadora de 35 años o más.
- Migraña sin aura en mujeres de 35 años o más.

Efectos colaterales

- Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo:
 - Sangrado más leve y de menos días.
 - Sangrado irregular.
 - Sangrado infrecuente.
- Amenorrea.
- Cefaleas.
- Mareos.
- Náuseas.
- Sensibilidad en los senos.
- Cambios de peso.
- Cambios de humor.
- Acné.

Beneficios

- Disminución del flujo y duración de los sangrados.

- Reducción de la dismenorrea.
- Reducción de los síntomas de endometriosis.
- Reducción de los síntomas de tensión premenstrual.
- Reduce el riesgo para:
 - Enfermedades benignas de la mama.
 - Cáncer de ovario y endometrio.
 - Quistes ováricos funcionales.
 - Embarazo ectópico.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica.

Forma de uso

- La primera inyección debe administrarse de elección en la primera semana del ciclo.
- Debe repetirse la inyección cada 30 días. Puede atrasarse hasta siete días sin necesitar método de respaldo. De no aplicarse en este periodo y cuando se haya abandonado la doble protección se utiliza anticoncepción de emergencia.

Cambio de método

- De tableta anticonceptiva para inyectable: aplicar la inyección el día en que debe recomenzar.
- De inyectable para tableta: comenzar el día que debe aplicar nueva dosis.

Anticonceptivos inyectables solo de progestágeno

El acetato de medroxiprogesterona de depósito y el enantato de noretisterona son preparados inyectables que contienen una progestina igual a la hormona natural progesterona producida en el cuerpo de la mujer. No contienen estrógeno por lo que pueden ser utilizados por mujeres que están lactando y las que no pueden utilizar métodos con estrógeno. El acetato de medroxiprogesterona de depósito es el inyectable con progestina sola de mayor uso, conocido también como la inyección depo o depoprovera. El enantato de noretisterona es conocido también como enantato de noretisterona o noristerat. Se administran mediante inyección en el músculo (intramuscular). La hormona se libera lentamente en el flujo sanguíneo.

Su mecanismo de acción se basa en inhibición de la ovulación en casi 100 %, siempre que se respeten los ciclos y además haciendo más hostil y difícilmente penetrable el moco cervical.

Cuando este método se utiliza de forma continua y consistente la tasa de embarazo es menor que 0,3 por cada 100 mujeres en el primer año de uso. En el uso habitual la tasa de embarazo es de 3 por cada 100 mujeres en el primer año de uso. El mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer se atrasa en su inyección o la omite.

La inyección anticonceptiva solo de progestágeno trimestral atrasa el retorno de la fertilidad, en promedio cuatro meses.

Este método sin el uso del condón como doble protección no protege de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida.

Criterios médicos de elegibilidad

No deben ser propuestos por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 4) en la condición de cáncer de mama actual.

No deben ser propuestos, porque los riesgos superan a las ventajas de su uso (categoría 3), en estas condiciones:

- Enfermedad tromboembólica.
- Cardiopatía isquémica o accidente vascular encefálico.
- Migraña con aura a cualquier edad (para continuación).
- Enfermedades hepáticas.
- Uso de rifampicina, rifabutina y anticonvulsivantes.
- Lupus eritematoso sistémico (anticuerpos antifosfolípidos positivos).
- Cirrosis grave descompensada.
- Cáncer de mama (en el pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante cinco años).

Efectos colaterales

- Los beneficios reconocidos de la depoprovera como anticonceptivo de alta eficacia y larga duración en adolescentes superan los riesgos. La Organización Mundial de la Salud, basada en los datos disponibles, la clasifica como categoría 2 para mujeres con menos de 18 años, relacionado con la desmineralización ósea que ocurre cuando se usa por más de dos años, sobre todo en mujeres con alteraciones previas en el metabolismo de calcio. En su prevención se recomienda el uso de dietas ricas en calcio y la práctica de ejercicio físico. No ocurre repercusión clínica. El efecto se recupera una vez suspendido el tratamiento.
- El efecto indeseable más común es la alteración del ciclo menstrual sobre todo que prolonga la amenorrea de lactancia.
- Otros efectos sistémicos son muy poco frecuentes y sin importancia clínica.

Beneficios

- Previene la anemia ferropénica.
- Es útil en pacientes con crisis convulsivas.
- Reducen los episodios de crisis en mujeres con anemia por hematíes falciformes.
- Previene los miomas uterinos.
- Reduce el riesgo para:
 - Enfermedades benignas de la mama.
 - Cáncer de ovario y endometrio.
 - Quistes ováricos funcionales.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica.
 - Embarazo ectópico.

Forma de uso

- En cualquier momento del ciclo menstrual siempre que se haya descartado un embarazo.
- De elección comenzar los primeros cinco días del ciclo menstrual. Después del séptimo día del ciclo menstrual se recomienda el uso de otro método o abstinencia por 48 h.
- Se recomienda su uso posparto inmediato.
- Inmediatamente después de una interrupción voluntaria de embarazo sea por aborto quirúrgico, medicamentoso o regulación menstrual.
- Se utiliza una inyección intramuscular profunda (150 mg) cada tres meses, que puede atrasarse hasta 30 días.
- Debe ser almacenada en lugar fresco y seco y en posición vertical. Antes de pasar el líquido a la jeringa hay que reconstituir la suspensión agitando suavemente.

Bibliografía

- Breaking Ground (2015). *Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights*. Center for Reproductive Rights.
- Colectivo de autores (2015). *Planificación familiar y anticoncepción. Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 12-21.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Planificación familiar. Un Manual mundial para proveedores*. USAID. Johns Hopkins University.
- Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud (1999). *Lo esencial en la tecnología anticonceptiva. Manual para el personal clínico*. USAID. Johns Hopkins University.

Anticonceptivos hormonales orales

MSc. Gabino Ernesto Arman Alexadrinni y Dr. Miguel Ángel Sosa Marín

Los anticonceptivos hormonales son preparados que contienen bajas dosis de hormonas sexuales femeninas: estrógenos y progestágenos. Existen varios tipos de anticonceptivos hormonales:

- Anticonceptivos hormonales orales e inyectables combinados: estrógenos y progestágenos.
- Anticonceptivos hormonales orales e inyectables solo de progestágenos.

En este capítulo se exponen los métodos anticonceptivos hormonales orales disponibles, su mecanismo de acción, los criterios médicos de elegibilidad, sus efectos colaterales, beneficios, las formas en que se comienza su uso, así como otras orientaciones para responder las preocupaciones de las mujeres que lo usan.

Anticonceptivos hormonales orales combinados

Los anticonceptivos hormonales combinados orales son también conocidos como *la píldora*. Contienen una combinación de estrógenos y progestágenos y su eficacia es considerada elevada, aunque depende en gran medida del uso correcto que hagan de estos las mujeres.

Su mecanismo de acción se basa en inhibición de ovulación en casi 100 % y además hace más hostil y difícilmente penetrable el moco cervical.

Cuando se utilizan de manera correcta y consistente la tasa de embarazos en el primer año de uso es de 0,3 por cada 100 mujeres, mientras que en su uso habitual la tasa de embarazo es de 8 por cada 100 mujeres que la utilizan en un año.

Las mujeres que emplean anticonceptivos hormonales orales combinados pueden retornar rápidamente a su fertilidad, tan pronto como las que emplean métodos no hormonales.

Este método sin el uso del condón como doble protección no protege de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida.

Criterios médicos de elegibilidad

No deben ser propuestos por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 4) en estas condiciones:

- Mujeres puérperas lactando hasta las seis semanas posparto.
- Puérperas que no lactan con menos de 21 días posparto con factores de riesgo de tromboembolismo pulmonar.
- Fumadora de 35 años o más.
- Hipertensión arterial moderada a grave (tensión arterial sistólica mayor que 160 mmHg y tensión arterial diastólica mayor que 100 mmHg).
- Cáncer de mama actual.
- Enfermedad tromboembólica.
- Accidente cardiovascular.
- Migraña con aura a cualquier edad.
- Cardiopatía isquémica o valvular.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Enfermedades hepáticas severas: cirrosis, hepatitis viral y tumores.
- Mutaciones trombogénicas conocidas.
- Anticuerpos antifosfolípidos positivos.

No deben ser propuestos por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 3) en estas condiciones:

- Mujeres puérperas lactando entre las seis semanas y los seis meses.
- Puérperas que no lactan con menos de 21 días posparto sin otros factores de riesgo de tromboembolismo pulmonar.
- Hipertensión arterial leve.
- Diabetes mellitus con más de 20 años de evolución o con enfermedad vascular.
- Enfermedad vesícula biliar.
- Hepatitis viral aguda.
- Uso de rifampicina, rifabutina o anticonvulsivantes.
- Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Fumadora de 35 años o más.
- Migraña sin aura en mujeres de 35 años o más.
- Cáncer de mama (en el pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante cinco años).

Efectos colaterales

- Cambios en los patrones de sangrado: sangrado más leve y de menos días, sangrado irregular o sangrado poco frecuente.

- Amenorrea.
- Cefaleas.
- Mareos.
- Náuseas.
- Sensibilidad en los senos.
- Cambios de peso.
- Cambios de humor.
- Acné.

Beneficios

- Disminución del flujo y duración de los sangrados.
- Reducción de la dismenorrea.
- Reducción de los síntomas de endometriosis.
- Reducción de los síntomas de tensión premenstrual.
- Reduce el riesgo para:
 - Enfermedades benignas de la mama.
 - Cáncer de ovario y endometrio.
 - Quistes ováricos funcionales.
 - Embarazo ectópico.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica.

Forma de uso

- En cualquier momento del ciclo menstrual siempre que se haya descartado un embarazo.
- De elección comenzar los primeros cinco días del ciclo menstrual.
- Se recomienda su uso posparto después de 21 días en las mujeres que no lactan y después de los seis meses en las mujeres que lactan.
- Inmediatamente después de una interrupción voluntaria de embarazo sea por aborto quirúrgico, medicamentoso o regulación menstrual.

Se puede recomendar el uso continuo o prolongado de los anticonceptivos hormonales combinados orales porque reducen los episodios de sangrados menstruales a solo cuatro veces al año, hay menos periodo de descanso con lo que disminuyen los olvidos al comenzar un nuevo ciclo y también disminuye la frecuencia de cefaleas, tensión premenstrual y cambios de humor que aparecen con más frecuencia en la semana de descanso:

- Uso prolongado: solo píldoras monofásicas de dosis baja (30 µg). Tomar 84 días seguidos (12 semanas), descansar siete días y recomenar otro ciclo de 84 días.

- Uso continuado: solo píldoras monofásicas de dosis baja. Tomar sin pausas, una por día. Cuando aparezca un sangrado menstrual, parar cuatro días el consumo de la píldora anticonceptiva y después continuar tomando todos los días.

En caso de olvido del uso de anticonceptivos hormonales orales combinados:

- Si se olvidó una tableta activa:
 - Tomar la píldora olvidada en el momento que se recuerde.
 - Tomar la tableta que corresponde a ese día en la hora habitual.
 - No es necesario dar un método adicional de seguridad o respaldo.
- Si se olvidaron dos o más píldoras activas:
 - Tomar la primera píldora olvidada apenas se recuerde.
 - Descartar todas las demás píldoras del blíster en uso.
 - Iniciar el otro blíster a la hora habitual.
 - Abstinencia sexual o usar protección anticonceptiva adicional en los próximos siete días.
 - Si hubo relación sexual se debe recomendar el uso de píldora de anticoncepción de emergencia.
- Si hay retraso en dos o más días del inicio de un nuevo blíster:
 - Comenzar el nuevo blíster a la hora habitual.
 - Abstinencia sexual o usar protección anticonceptiva en los próximos siete días.
 - Si hubo relación sexual se debe recomendar el uso de píldora de anticoncepción de emergencia.

La mujer que usa métodos anticonceptivos hormonales orales combinados puede decidir el cambio de método para lo que debe tener en cuenta estas recomendaciones:

- De anticonceptivo hormonal oral combinado para inyectable hormonal: aplicar la inyección el día en que debe comenzar el anticonceptivo hormonal oral combinado.
- De inyectable hormonal para anticonceptivo hormonal oral combinado: comenzar el día que debe aplicar nueva dosis de inyectable.
- Diferentes dosis de anticonceptivo hormonal oral combinado: aplicar el intervalo recomendado para el nuevo anticonceptivo hormonal oral combinado.

El personal de salud encargado de brindar atenciones en planificación familiar debe estar capacitado para ayudar a la mujer que usa anticonceptivos hormonales orales combinados ante sus preocupaciones:

- Sangrado irregular:

- Tranquilizar a la mujer describiendo las alteraciones del patrón menstrual y aclarando que estos problemas desaparecen con el uso continuo del método.
- aconsejar, para evitar el olvido de la píldora, tomar la píldora todos los días y a la misma hora.
- Siempre ante cualquier alteración acudir al profesional.
- Amenorrea:
 - Aclarar o manifestar que algunas mujeres que utilizan anticonceptivos orales combinados pueden tener suspensión de la menstruación.
 - Asegurarse que la mujer ha tomado la píldora diariamente y tranquilizarla de que es improbable de que esté embarazada animándola a continuar tomando los anticonceptivos orales combinados.
 - Aclarar que si no toma las píldoras que contienen hierro no se presentará un embarazo siempre y cuando inicie el siguiente blíster en la fecha correcta.
 - De presentar signos y síntomas comunes de embarazo acudir a su médico de familia y explicarle que su uso no contraindica la continuación del embarazo.
- Náuseas, vómitos o mareos: sugerir la toma de anticonceptivos orales combinados al acostarse o con las comidas. Considerar el uso de antieméticos como metoclopramida o dimenhidrinato.
- Cambio de peso corporal: revisar la dieta y recomendar la práctica de actividad física.
- Acné: mejora con el uso de los anticonceptivos orales combinados en la mayoría de las mujeres, sin embargo, en otras puede empeorar. Si el acné es persistente con el uso de anticonceptivos orales combinados, referir a la mujer para consultar sobre este problema con un médico especialista.

Anticonceptivos orales solo de progestágenos

Los anticonceptivos solo de progestágenos contienen dosis bajas de progestina igual que la progesterona natural presente en la mujer. No contienen estrógenos y, por tanto, se puede utilizar durante la lactancia y en mujeres que no pueden usar métodos con estrógenos. Se conocen también como *minipíldora*.

Tienen la característica que deben tomarse todos los días sin descanso cuando se termina un blíster. Es un método eficaz y seguro en mujeres que lactan, sin causar efectos en el lactante y su efecto indeseado más común es que con mucha frecuencia provocan alteraciones del sangrado menstrual sin que estos repercutan en el estado de salud de la mujer.

Su mecanismo de acción se debe a que inhiben la ovulación en menor proporción (60 % aproximadamente) y provocan alteraciones en el moco cervical lo que los hace más hostil y menos penetrable por el semen.

Su eficacia es alta, cuando se utilizan de manera correcta y consistente la tasa de embarazos en el primer año de uso es de 0,3 por cada 100 mujeres, mientras que en su uso habitual la tasa de embarazo es de 8 por cada 100 mujeres que la utilizan.

La eficacia depende de la sistematicidad del uso que se haga, para la mujer que menstrua aumenta el riesgo de embarazo si se retrasa u omite por completo la ingesta de la píldora.

La fertilidad se recupera sin demora después de la suspensión del consumo de anticonceptivos hormonales solo de progestágeno.

Este método sin el uso del condón como doble protección no protege de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida.

Criterios médicos de elegibilidad

No deben ser propuestos por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 4) en n la condición de cáncer de mama actual.

No deben ser propuestos por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 3) en estas condiciones:

- Enfermedad tromboembólica.
- Cardiopatía isquémica y accidente vascular encefálico.
- Migraña con aura a cualquier edad (para continuación).
- Enfermedades hepáticas.
- Uso de rifampicina, rifabutina y anticonvulsivantes.
- Lupus eritematoso sistémico (anticuerpos antifosfolípidos positivos).
- Cirrosis grave descompensada.
- Cáncer de mama (en el pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante cinco años).

Efectos colaterales

- El efecto indeseable más común es la alteración del ciclo menstrual sobre todo que prolonga la amenorrea de lactancia.
- Otros efectos sistémicos son muy poco frecuentes y sin importancia clínica.

Beneficios

- Previene la anemia ferripriva.
- Es útil en pacientes con crisis convulsivas.

- Reducen los episodios de crisis en mujeres con anemia por hemátíes falciformes.
- Reduce el riesgo para:
 - Enfermedades benignas de la mama.
 - Cáncer de ovario y endometrio.
 - Quistes ováricos funcionales.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica.

Forma de uso

- En cualquier momento del ciclo menstrual siempre que se haya descartado un embarazo.
- De elección comenzar los primeros cinco días del ciclo menstrual. Después del séptimo día del ciclo menstrual se recomienda el uso de otro método o abstinencia por 48 h.
- Se recomienda su uso posparto inmediato.
- Inmediatamente después de una interrupción voluntaria de embarazo sea por aborto quirúrgico, medicamentoso o regulación menstrual.

En caso de olvido de una píldora anticonceptiva solo de progestágeno se recomienda:

- Tomar la píldora olvidada en el momento que se recuerde.
- Tomar la tableta que corresponde a ese día en la hora habitual.
- Abstinencia sexual o usar protección anticonceptiva adicional en las próximas 48 h.
- Si hubo relación sexual se debe recomendar el uso de píldora de anticoncepción de emergencia.

La mujer que usa métodos anticonceptivos hormonales orales combinados puede decidir el cambio de método para lo cual el médico debe tener en cuenta estas recomendaciones:

- Cambio de otro método hormonal a anticonceptivos orales solo de progestágeno:
 - La mujer puede iniciar anticonceptivos hormonales solo de progestágeno inmediatamente si usó otro método hormonal de forma sistemática y correcta o si tiene certeza razonable que no está embarazada. No es necesario esperar hasta la próxima menstruación.
 - Si la mujer está cambiando de un método inyectable puede iniciar anticonceptivos hormonales solo de progestágeno cuando le corresponda recibir la siguiente inyección. No necesita protección anticonceptiva adicional.

- Cambio desde un método no hormonal (que no sea dispositivo intrauterino):
 - La mujer puede iniciar anticonceptivos hormonales de progestágeno solo dentro de los primeros cinco días posteriores al inicio del sangrado menstrual. No necesita protección anticonceptiva adicional.
 - Si han transcurrido más de cinco días después del sangrado menstrual y tiene certeza razonable de no estar embarazada puede iniciar anticonceptivos hormonales solo de progestágeno inmediatamente o en cualquier otro momento. Debe usar protección anticonceptiva adicional durante los dos días siguientes.
- Cambio desde un dispositivo intrauterino:
 - La mujer puede iniciar anticonceptivos hormonales solo de progestágeno dentro de los cinco días posteriores al inicio del sangrado menstrual. No necesita protección anticonceptiva adicional. El dispositivo intrauterino puede retirarse en ese momento.
 - La mujer puede iniciar anticonceptivos hormonales solo de progestágeno en cualquier otro momento si tiene certeza razonable de que no está embarazada.
 - Si la mujer tuvo relaciones sexuales en el ciclo menstrual actual y trascurrieron más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual pueden iniciar anticonceptivos hormonales solo de progestágeno, se recomienda retirar el dispositivo intrauterino hasta la próxima menstruación.
 - Si la mujer no tuvo relaciones sexuales en este ciclo menstrual y trascurrieron más de cinco días desde el inicio del sangrado puede iniciar anticonceptivos hormonales solo de progestágeno y debe utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siete días siguientes. Si desea protección adicional con el dispositivo intrauterino en uso, se recomienda el retiro del mismo hasta la próxima menstruación.

Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia es un método anticonceptivo que puede ser usado por las mujeres para prevenir un embarazo, después de una relación sexual en casos de:

- Relación consentida sin protección.
- Rotura o deslizamiento del condón.
- Falla presumida de métodos anticonceptivos (olvido).

- Relación forzada (violación).

Existen varios tipos de anticonceptivos de emergencia:

- Píldora hormonal de levonorgestrel (el más frecuentemente recomendado).
- Anticonceptivos hormonales orales (en dosis especial).
- Dispositivo intrauterino con cobre.

Mecanismo de acción

- Inhibición o atraso de la ovulación.
- No tiene efecto abortivo.

Criterios médicos de elegibilidad

- Puede ser usada por cualquier mujer que lo necesite.
- No hay contraindicaciones médicas para el uso de la anticoncepción de emergencia.

Formas de uso

- Píldoras de levonorgestrel (el más recomendado):
 - Se presentan en cajas con dos comprimidos de 750 µg de levonorgestrel o cajas con un comprimido de 1 500 µg de levonorgestrel.
 - Actualmente se recomienda tomar los 1 500 µg en dosis única (dos comprimidos de 750 µg o un comprimido de 1 500 µg).
 - La primera dosis o la dosis total puede tomarse hasta cinco días después de la relación, pero su efectividad es mayor mientras más rápido se ingiera, superior al 60 % hasta el tercer día.
 - Estas píldoras se entregan gratuitamente en el consultorio del médico de la familia.
- Dispositivo intrauterino de cobre (T de cobre): colocado en los primeros cinco días del coito desprotegido. Escogido por la mujer es muy seguro, pues resuelve la emergencia y queda con un método de larga duración y alta eficacia.
- Método Yuzpe:
 - Píldoras con 150 µg de levonorgestrel y 30 µg de etinilestradiol (los anticonceptivos orales combinados más comunes).
 - Dosis: ocho píldoras en total, dos dosis: cuatro cuanto antes después del coito y otras cuatro 12 h después.
 - La primera dosis tiene que ser tomada antes de completar 120 h del coito.

Bibliografía

- Breaking Ground (2015). *Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights*. Center for Reproductive Rights.
- Colectivo de autores (2015). *Planificación familiar y anticoncepción. Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 12-21.
- De Santis, M., et al. (2005). Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study. *Fertility & Sterility*, 84, 296-299.
- Hossain, S., Khan, M. E., Vernon, R., Keesbury, J., Askew, I., Townsend, J., Rumbold, V. (2009). *ECP Handbook: Introducing and Mainstreaming the Provision of Emergency Contraceptive Pills in Developing Countries*. Disponible en: http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/frontiers/Manuals/FR_ECPHandbook.pdf
- Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010). *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health*. Disponible: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual_rh_humanitarian_settings.pdf?ua=1
- International Consortium for Emergency Contraception (2014). *Emergency Contraception Pill Registration Status by Country*. Disponible en: http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2014/03/ICEC_EC-Registration-Status-Factsheet_March-2014.pdf
- International Consortium for Emergency Contraception and International Federation of Gynecology and Obstetrics (2012). *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*. Disponible en: http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2014/01/ICEC_Medical-and-Service-Delivery-Guidelines-English_June-2013.pdf
- Levy, D. et al. (2014). Ulipristal acetate for emergency contraception: postmarketing experience after use by more than 1 million women. *Contraception*, 89, 431-433.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Planificación familiar. Un Manual mundial para proveedores*. USAID. Johns Hopkins University.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual para 2016-2021*.
- Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud (1999). *Lo esencial en la tecnología anticonceptiva. Manual para el personal clínico*. USAID. Johns Hopkins University.
- Planned Parenthood Federation of America (2013). *Emergency Contraception: History and Access*. Disponible en: http://www.plannedparenthood.org/files/5713/9611/6188/Emergency_Contraception_History_and_Access.pdf
- The Emergency Contraception Website (2014). *Which daily birth control pills can be used for emergency contraception worldwide?* Office of Population Research at

Princeton University and the Association of Reproductive Health Professionals.
Disponible en: <http://ec.princeton.edu/worldwide/default.asp#brand>

Trussell, J., Rodríguez, G., Ellertson, C. (1999). Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*, 59, 147-151.

Zhang, L. *et al.* (2009). Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, 24, 1605-1611.

Zhang, L. *et al.* (2014). Physical and mental development of children after levonorgestrel emergency contraception exposure: a follow-up prospective cohort study. *Biology of Reproduction*, 91, 1-7.

Dispositivos intrauterinos

Dr. Miguel Ángel Sosa Marín

Los dispositivos intrauterinos son métodos que en el interior del útero estimulan una respuesta inflamatoria local con presencia de linfocitos y enzimas lisosomales que inhabilitan los espermatozoides.

En Cuba los más conocidos y disponibles son el multiload y la T de cobre. Este último es el más usado y se trata de un pequeño aparato de plástico flexible en forma de T rodeado de mangas o alambres de cobre. Brindan una alta protección contra embarazos y su uso fue aprobado por la Agencia de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos para 10 años, pero ha demostrado ser eficaz hasta por 12 años (Organización Mundial de la Salud). Su efectividad no depende de la mujer que lo usa.

Es uno de los métodos más eficaces y perdurables. Se produce menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan el dispositivo intrauterino en el primer año de uso. Después de 10 años de uso del dispositivo intrauterino aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres.

La fertilidad se recupera sin demora al dejar de utilizar el dispositivo intrauterino de cobre.

Este método sin el uso del condón como doble protección no protege de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida.

Criterios médicos de elegibilidad

No deben ser propuestos por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 4) en estas condiciones:

- Embarazo.
- Infección posparto o posaborto.
- Sangrado vaginal inexplicable.
- Enfermedad maligna del trofoblasto.
- Cáncer cervical o de endometrio.
- Enfermedad inflamatoria pélvica, cervicitis purulenta, gonorrea o clamidia actual.

- Tuberculosis pélvica.
- Alteraciones anatómicas de la cavidad uterina.

No deben ser propuestos por constituir un riesgo inaceptable para la salud (categoría 3) en estas condiciones:

- A las 48 h a cuatro semanas después de un parto o un aborto.
- Enfermedad trofoblástica benigna.
- Cáncer de ovario.
- Sida.
- Tuberculosis pélvica (insertado antes del diagnóstico).

Efectos colaterales

- Cambios en los patrones de sangrado (en especial en los primeros tres a seis meses), por ejemplo:
 - Menstruación prolongada y abundante.
 - Sangrado irregular.
 - Más calambres y dolor durante la menstruación.
- Otros efectos poco frecuentes y comúnmente relacionados con la inserción del dispositivo:
 - La mujer con dispositivo intrauterino tiene un riesgo relativo de 1,6 a 1,8 comparado con mujeres sin método. El riesgo es mayor solo en las primeras semanas después de la inserción.
 - Punción (perforación) de la pared del útero por el dispositivo intrauterino o un instrumento utilizado para su inserción. Normalmente cicatriza sin tratamiento.
 - Hemorragias.
 - *Shock* vagal durante el proceso de colocación.

Forma de uso

- En cualquier momento desde que se tenga certeza razonable de que la mujer no esté embarazada.
- Primeros cinco días del ciclo menstrual.
- En el periodo posparto en las primeras 48 h o un mes después del parto.
- Inmediatamente en el posaborto, durante la primera menstruación después del procedimiento o después de la cuarta semana, siempre que se descarte un embarazo.

Los dispositivos intrauterinos disponibles en el país pueden ser utilizados en adolescentes sin criterios médicos que contraindiquen su uso:

- No provocan enfermedad inflamatoria pélvica. Las infecciones relacionadas con su uso son más frecuentes en el momento de la inserción y la retirada de este. No existe relación entre su uso y el incremento del riesgo de incidencia de embarazo ectópico.
- No tiene efecto abortivo, evita la fecundación. No se relaciona con el incremento de cáncer de cuello uterino ni en alguna otra localización.
- Son altamente eficaces al utilizarse como anticoncepción de emergencia, garantizando un método de larga duración y alta eficacia contra embarazos no deseados.

Bibliografía

- Colectivo de autores (2015). *Planificación familiar y anticoncepción. Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 12-21.
- Committee on Adolescent (2014). Contraception for adolescent. *Pediatrics*, 134(4), 1244-1256.
- Curtis, K. M., Tepper, N. K., Jatlaoui, T. C., Berry-Bibee, E., Horton, L. G., Zapara, L. B. et al. (2016). U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep*, 65(3), 1-103.
- Hall A. M., Kutler. B. A. (2016). Intrauterine contraception in nulliparous woman: a prospective survey. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 42(1), 36-42.
- Lohr, P. A., Lyus, R., Prager, S. (2017). Use of intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception*, 95(6), 529-537.
- Machado, R. B., Monteiro, I. M., Magalhaes, J., Guazzelli, C. A., Brito, M. B., Finotti, M. F. et al. (2017). Long-acting reversible contraception. *Rev Bras Ginecol Obstet*, (6), 294-308.
- Madden, T., McNicholas, C., Zhao, Q., Secura, G. M., Eisenberg, D. L., Peipert, J. F. (2014). Association of age and parity with intrauterine device | expulsión. *Obstet Gynecol*, 124(4), 718-726.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Planificación familiar. Un Manual mundial para proveedores*. USAID. Johns Hopkins University.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Tercera edición. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.
- Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud (1999). *Lo esencial en la tecnología anticonceptiva. Manual para el personal clínico*. USAID. Johns Hopkins University.

Recomendaciones para el uso de anticonceptivos en los adolescentes

Dr. Roberto Tomás Álvarez Fumero y Dra. Laura Núñez Gutiérrez

En este capítulo se ofrecen las recomendaciones actuales acerca del uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes, en el contexto de condiciones médicas y características específicas, teniendo en cuenta la calidad de la evidencia científica disponible.

El mejor método anticonceptivo para los adolescentes es el que logre mayor adherencia, después de ser elegido libremente, lo más recomendado es que sean reversibles, de larga acción y de alta eficacia demostrada en la prevención de embarazos.

La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología coinciden en recomendar como primeras opciones anticonceptivas para adolescentes los implantes subdérmicos de progestágenos, los dispositivos intrauterinos, la anticoncepción hormonal inyectable solo de progestágenos y la anticoncepción de emergencia.

Implantes subdérmicos de progestágenos

- Se trata de dos pequeños y finos tubos de silicona que contienen etonorgestrel, un metabolito activo de progestágenos.
- Debe ser insertado en cara interior del antebrazo por un personal entrenado (médico o personal de enfermería).
- Es ideal para adolescentes, pues no requiere de revisión periódica, ofrece protección por largo periodo (tres a cinco años) y no se corre el riesgo del olvido.
- Clasifican según su elegibilidad en categoría 1: no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.
- Son métodos altamente efectivos (tasa de fallo con uso típico o perfecto menor al 1 %).
- Se puede insertar en cualquier momento del ciclo, posaborto y posparto.

- La inserción puede provocar relativo dolor y deja equimosis por varios días, por lo que hay que explicarle bien a la adolescente que puede provocar sangramiento discontinuo o manchas y de esa forma contribuir a evitar la discontinuidad del método. Estos efectos colaterales no superan los riesgos que representa un embarazo no planificado.
- Después de la inserción debe ser aconsejado el uso de métodos de barrera o abstinencia, durante las primeras semanas, aunque deben ser usados siempre para prevenir ITS- VIH-sida.
- Deben ser ofrecidos a embarazadas adolescentes y colocados en el puerperio antes del alta hospitalaria. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y el Centro para el control de Enfermedades, apoyan la inserción posparto inmediata de implantes como una práctica efectiva y satisfactoria para romper las barreras de acceso de los adolescentes a los servicios de planificación familiar.
- No afectan la lactancia ni la salud y crecimiento de los lactantes. El principal argumento teórico en contra de la propuesta son los probables efectos de la progestina sobre la lactancia materna, pero no hay estudios que lo comprueben.
- Puede ser retirado cuando se decida por la mujer, con retorno a la fertilidad en meses posteriores.

Dispositivos intrauterinos

- En Cuba se dispone de T de cobre y del multiload y sus dimensiones sirven para cualquier mujer independientemente de la edad.
- Insertados correctamente dentro de la cavidad uterina en cualquier posición, crea una protección elevada y reversible.
- Son métodos altamente efectivos (tasa de fallo con uso típico o perfecto menor al 1 %) y de larga duración (10 años).
- Estudios demuestran que la tasa de continuidad de adolescentes, son superiores con el dispositivo intrauterino respecto a otros métodos hormonales.
- El dispositivo intrauterino puede ser usado sin restricciones en cualquier adolescente que lo escoja, después de haberse informado sobre todos los métodos disponibles y sus características y que no presente condiciones médicas categorizadas en el nivel 3 o 4 de los *Criterios médicos de elegibilidad* de la Organización Mundial de la Salud: enfermedad inflamatoria pélvica, sangrado vaginal inexplicable, cáncer cervical o de endometrio, enfermedad trofoblástica, tuberculosis pélvica o malformaciones uterinas.
- No es necesario realizar exudado vaginal o endocervical (excepto en adolescentes con riesgo elevado de ITS) ni citología, previo a su inser-

ción, pero se pospone si existe síndrome de flujo vaginal (vaginitis, infección actual por clamidia, gonorrea o signos de cervicitis purulenta).

- Pueden ser insertados si no existe sospecha razonable de estar embarazada, no es necesario realizar ultrasonido previamente.
- Su inserción en embarazadas adolescentes en el puerperio inmediato y posaborto es segura y muy eficaz. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y el Centro para el Control de Enfermedades apoyan esta práctica. Estudios demuestran que muchas adolescentes que egresan del puerperio no regresan al consultorio a insertarse el dispositivo intrauterino. La cobertura anticoncepcional es similar que cuando es insertado en el puerperio tardío, aunque la expulsión puede ser más frecuente cuando es insertado inmediatamente.
- No deben ser insertados en caso de infección posparto o posaborto.
- Puede ser usado como anticoncepción de emergencia si se coloca antes del quinto día de la relación no protegida.
- Son desventajas del método la probabilidad de la expulsión en adolescentes que es 5 % más frecuente respecto al total de mujeres.
- El efecto adverso referido por más de la mitad de las mujeres nulíparas, es el dolor moderado o severo horas después de la inserción. Este efecto colateral no supera los riesgos que representa un embarazo no planificado.
- El uso de dispositivo intrauterino con levonorgestrel es la elección en adolescentes con condiciones médicas complejas, pero no está disponible por el momento en Cuba.

Anticoncepción hormonal inyectable solo de progestágenos

- El nombre genérico es el acetato de medroxiprogesterona y el comercial más frecuente en Cuba es la depoprovera.
- Es conveniente para adolescentes por su fácil uso: inyección simple cada 13 semanas.
- Es altamente efectivo en prevenir embarazos. En el primer año de uso las probabilidades de embarazo son del 6 %.
- Puede ser usado con criterio 2 de elegibilidad: en general las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.
- Puede ser iniciado el mismo día del aborto o en consultas a inicios o mediados del ciclo menstrual, siempre que exista certeza razonable que no está embarazada.
- El efecto secundario y principal causa de discontinuidad es el sangramiento o manchas, lo que puede ser evitado explicándoselo a

la adolescente antes de la inserción. Este efecto colateral no supera los riesgos que representa un embarazo no planificado.

- Entre las ventajas que recomiendan el uso en las adolescentes están que resuelve la dismenorrea, provoca amenorrea (que no debe ser motivo de preocupación ni consulta médica) con reducción del gasto y uso de almohadillas sanitarias ni limitantes para actividades acuáticas, protege contra la anemia ferropénica, previene el cáncer de endometrio y es la elección en algunas enfermedades crónicas, pues eleva el umbral convulsivo en adolescentes epilépticas y reduce la frecuencia de las crisis vasoclusivas en sicklémicas.
- Se ha planteado que provoca reducción de la densidad mineral ósea. Si bien la Agencia de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos en el 2004 alertó de su uso, subsecuentes publicaciones documentaron que se recuperaba sustancialmente después de la suspensión. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología reconoce el riesgo, pero se limita a sugerir el monitoreo de la densidad mineral ósea después dos años de uso. Se debe tener en cuenta otros riesgos de osteoporosis y evaluar particularidades en cada paciente. Las adolescentes que eligieron su uso deberán ser asesoradas sobre la necesidad de ingerir diariamente 1 300 mg de calcio y 600 U de vitamina D y de practicar regularmente actividad física.
- La obesidad es el principal efecto adverso referido por adolescentes. Las mujeres obesas que usan anticonceptivos orales, implantes o dispositivos intrauterinos, no aumentan más de peso que las mujeres no obesas después de iniciado el uso. Es cierto que las adolescentes que usan el acetato de medroxiprogesterona son más propensas al aumento de peso que las que no lo usan y que las que usan anticonceptivos orales, pero se contrarresta recomendando hábitos alimentarios saludables y la práctica regular de actividad física.
- Las dudas en cuanto al retorno a la fertilidad, se ha desmitificado en el tiempo, pues estudios demuestran que después de seis meses se recupera la fertilidad hasta el 60 %, y es de 100 % a los dos años.

Independientemente del método elegido por la adolescente, en todos los casos se debe recomendar el uso sistemático y correcto de preservativos masculinos o femeninos, para prevenir la transmisión de ITS y del VIH.

Condiciones a tener en cuenta para elegir el método

Las adolescentes no tienen restricciones para el uso de método anticonceptivo por su edad, pero a la hora de determinar la elegibilidad, para cada método se deben tener en cuenta los beneficios y riesgos

potenciales de su uso respecto a cada condición médica o característica fisiológica que incluyen:

- Puerperio y el estado de lactancia en madres adolescentes.
- Riesgo de enfermedad tromboembólica.
- Existencia de trastornos del metabolismo lipídico.
- Sepsis puerperal, posaborto o enfermedad pélvica inflamatoria actual.
- Sangrado vaginal sin explicación.
- Enfermedad hepática.
- Hepatitis aguda o exacerbación de hepatitis crónica.
- Hipertensión arterial.
- Estado posviolación.
- Obesidad: índice de masa corporal mayor que 30 kg/m².
- Diabetes mellitus.
- Tabaquismo.
- Migraña.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Mayor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual o existencia de ITS demostrada.
- Adolescentes con discapacidad física, mental o situaciones médicas complejas.

Puerperio y el estado de lactancia en madres adolescentes

- Inmediatamente y hasta 48 h posparto puede colocarse un dispositivo intrauterino: T de cobre o multiload.
- Antes de las seis semanas se recomienda el método de lactancia materna exclusiva cuando exista seguridad de que la lactancia materna es exclusiva, es decir, con frecuencia cada 3 h y sin combinarse con otros líquidos.
- En el puerperio, antes de las seis semanas posparto, pueden recomendarse los implantes subdérmicos de progestágenos (jadelle), los inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona de 150 mg) y los orales solo de progestágenos (aminor), pues las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.
- En el puerperio, después de las cuatro semanas posparto, puede colocarse un dispositivo intrauterino de cobre o multiload.
- Si ocurrió una relación sexual desprotegida puede usarse la anticoncepción de emergencia sin restricción después de las cuatro semanas de puerperio.

- En el puerperio, después de los seis meses posparto, pueden recomendarse las píldoras hormonales combinadas (trienor y cipresta) sin restricciones, excepto si hay una enfermedad tromboembólica demostrada o un alto riesgo, en la que el uso constituye un riesgo inaceptable para la salud y con precaución en mujeres con bajo riesgo de enfermedad tromboembólica, pues las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.

Riesgo de enfermedad tromboembólica

- Si existe alto riesgo o enfermedad tromboembólica demostrada no se pueden usar anticonceptivos hormonales combinados, sean orales (trienor y cipresta) o inyectables (mesigyna). Se puede colocar dispositivo intrauterino, implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle), hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona) y orales solo de progestágenos (aminor). No hay restricciones para el uso de píldoras de emergencias (levonorgestrel).
- Si existen trastornos venosos superficiales (varices) se pueden usar sin restricción los anticonceptivos hormonales combinados, sean orales (trienor y cipresta) o inyectables (mesigyna). Se puede colocar dispositivo intrauterino, implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle), hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona) y orales solo de progestágenos (aminor). No hay restricciones para el uso de píldoras de emergencias (levonorgestrel).
- Si existe trombosis venosa superficial se puede usar con precaución los anticonceptivos hormonales combinados, sean orales (trienor y cipresta) o inyectables (mesigyna), pues las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados. Se puede colocar dispositivo intrauterino, implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle), hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona) y orales solo de progestágenos (aminor). No hay restricciones para el uso de píldoras de emergencias (levonorgestrel).
- En caso de cirugía mayor con inmovilización prolongada no se pueden usar anticonceptivos hormonales combinados, sean orales (trienor y cipresta) o inyectables (mesigyna). Se puede recomendar usar con precaución implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle), hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona) y orales solo de progestágenos (aminor). Pueden ser colocados sin restricción los dispositivos intrauterinos.

Trastornos del metabolismo lipídico

Si hay dislipidemia conocida sin otro factor cardiovascular conocido, pueden usarse con precaución los anticonceptivos hormonales combinados, sean orales (trienor y cipresta) o inyectables (mesigyna), implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle), hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona) y píldoras orales solo de progestágenos (aminor), pues las ventajas de utilizar estos métodos superan a los riesgos teóricos o demostrados. Se puede colocar dispositivo intrauterino sin restricciones y usar píldoras de emergencias (levonorgestrel).

Sepsis puerperal, posaborto o enfermedad pélvica inflamatoria actual

- Pueden usarse sin restricción (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud) los anticonceptivos hormonales combinados, sean orales (trienor y cipresta) o inyectables (mesigyna), implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle), hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona), píldoras orales solo de progestágenos (aminor) y píldoras de emergencias (levonorgestrel).
- No debe colocarse ningún dispositivo intrauterino, pues constituye un riesgo inaceptable para la salud.

Sangrado vaginal sin explicación

- Pueden usarse con precaución los anticonceptivos hormonales combinados, sean orales (trienor y cipresta) o inyectables (mesigyna) y las píldoras orales solo de progestágenos (aminor).
- No se deben recomendar los implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle) ni los hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona), pues los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.
- No debe colocarse ningún dispositivo intrauterino, pues constituye un riesgo inaceptable para la salud.

Enfermedad hepática

- No deben usarse los anticonceptivos hormonales combinados, las píldoras orales solo de progestágenos (aminor), los implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle) ni los hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona), pues

constituyen un riesgo inaceptable para la salud (categorías 3 y 4 de la Organización Mundial de la Salud).

- Solo puede ser recomendado sin restricción el dispositivo intrauterino de cobre o el multiload (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud).

Hepatitis aguda o exacerbación de hepatitis crónica

No deben usarse los anticonceptivos hormonales combinados, pues constituye un riesgo inaceptable para la salud (categorías 3 y 4 de la Organización Mundial de la Salud).

Hipertensión arterial

- Si las cifras tensionales son mayores a 160/100 mmHg, no deben usarse los anticonceptivos hormonales combinados ni los hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona), pues constituyen un riesgo inaceptable para la salud (categorías 3 y 4 de la Organización Mundial de la Salud). Pueden ser recomendados con precaución las píldoras orales solo de progestágenos (aminor) y los implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle) (categoría 2 de la Organización Mundial de la Salud).
- Puede ser recomendado sin restricción el dispositivo intrauterino de cobre o el multiload (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud).

Estado posviolación

- Pueden ser recomendados sin restricción los anticonceptivos hormonales combinados, sean orales (trienor y cipresta) o inyectables (mesigyna), se puede colocar implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle), administrar hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona) y orales solo de progestágenos (aminor). No hay restricciones para el uso de píldoras de emergencias (levonorgestrel).
- El dispositivo intrauterino puede recomendarse como anticoncepción de emergencia en los primeros cinco días de la violación, excepto si existe alto riesgo de ITS (categoría 3 de la Organización Mundial de la Salud).

Obesidad

En adolescentes con un índice de masa corporal mayor que 30 kg/m²:

- Se pueden colocar implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle), administrar hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona) y orales solo de progestágenos (aminor).
- Pueden ser recomendados con precaución los anticonceptivos hormonales combinados, sean orales (trienor y cipresta) o inyectables (mesigyna) (categoría 2 de la Organización Mundial de la Salud).
- No hay restricciones para el uso de píldoras de emergencias (levonorgestrel) (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud).
- Puede ser recomendado sin restricción el dispositivo intrauterino de cobre o el multiload (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud).

Diabetes mellitus

- Pueden ser recomendados con precaución los anticonceptivos hormonales combinados, sean orales (trienor y cipresta) o inyectables (mesigyna), implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle), administrar hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona) y orales solo de progestágenos (aminor).
- No hay restricciones para el uso de píldoras de emergencias (levonorgestrel) (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud).
- Puede ser recomendado sin restricción el dispositivo intrauterino de cobre o el multiload (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud).

Tabaquismo

- Se pueden colocar implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle), administrar hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona) y orales solo de progestágenos (aminor).
- Pueden ser recomendados con precaución los anticonceptivos hormonales combinados, sean orales (trienor y cipresta) o inyectables (mesigyna) (categoría 2 de la Organización Mundial de la Salud).
- No hay restricciones para el uso de píldoras de emergencias (levonorgestrel) (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud).
- Puede ser recomendado sin restricción el dispositivo intrauterino de cobre o el multiload (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud).

Migraña

- No hay restricción para ningún método, excepto si la migraña es acompañada de aura, en ese caso no deben usarse los anticonceptivos hormonales combinados.
- Pueden ser recomendados con precaución los implantes subdérmicos solo de progestágenos (jadelle), administrar hormonales inyectables solo de progestágenos (acetato de medroxiprogesterona) y orales solo de progestágenos (aminor) (categoría 2 de la Organización Mundial de la Salud).
- Puede ser recomendado sin restricción el dispositivo intrauterino de cobre o el multiload (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud).

Antecedentes de embarazo ectópico

No hay restricciones para el uso de ningún método.

Mayor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual o su existencia demostrada

- Si presenta vaginitis u otras ITS no hay restricción para los anticonceptivos hormonales de todos los tipos y el dispositivo intrauterino puede ser colocado con precaución.
- Si presenta gonorrea o clamidia no se recomienda colocar dispositivo intrauterino.

Adolescentes con discapacidad física, mental o situaciones médicas complejas

- Alrededor de 25 % de los adolescentes requieren de necesidades médicas y cuidados especiales (los trasplantados o que padecen de cáncer) y es un deber velar por su calidad de vida y respetar sus derechos sexuales y reproductivos.
- Estos adolescentes tienen nivel de desarrollo sexual, intereses sexuales, románticos y riesgo de embarazo y de contraer ITS-VIH-sida, similares al resto de los adolescentes.
- Pueden necesitar anticonceptivos para provocar la supresión menstrual, eliminar los sangramientos por dismenorrea, recuperarse de la quimioterapia, medicamentos teratogénicos y evitar interacciones medicamentosas.
- Para realizar recomendaciones hay que basarse en los criterios médicos de elegibilidad según la condición del adolescente.

Anticoncepción de emergencia

- La anticoncepción de emergencia o píldora del día siguiente, aunque no es un método seguro ni de alta eficacia, debe usarse por los adolescentes cuantas veces se olvide usar el método usual, se tenga sexo desprotegido o sea víctima de violencia sexual.
- Una estrategia clave en la reducción del embarazo no planificado a desarrollar por los profesionales de salud, es mantener informados a los adolescentes de su disponibilidad y modo de uso, debe administrarse cuanto antes en situación de violación.
- La adolescente debe tomar dos tabletas de 0,75 mg o una tableta de 1,5 mg en dosis única, hasta cinco días después del coito, aunque su mayor efectividad es en las primeras 72 h posteriores al coito desprotegido.
- Puede ser usada sin restricción (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud), en adolescentes con casi todas las condiciones (obesidad e historia de embarazo ectópico), incluso si se tiene sospecha razonable de embarazo y dudas de continuarlo o no.
- Puede ser utilizada con precaución (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud), en adolescentes con historia de cardiopatía grave, ictus hemorrágico, trastornos tromboembólicos, enfermedad hepática grave y migraña, dado que las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.
- No tiene interferencia con otros medicamentos inductores de CYP3A4, como rifampicina, fenitoina, fosfenitoina, fenobarbital, carbamazepina, oxcarbamazepina, primidona, rifabutina y los antirretrovirales efavirenz y nevirapina.
- El dispositivo intrauterino puede colocarse como anticoncepción de emergencia en los primeros cinco días del contacto desprotegido, cumpliendo los mismos criterios de elegibilidad, siempre que existe certeza razonable de no estar embarazada.

Bibliografía

- American College of Obstetricians and Gynecologist (2015). Access to contraception. Committee Opinion No. 615. *Obstet Gynecol*, 125, 250-255.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Recomendaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos hormonales en mujeres con VIH o alto riesgo de VIH*.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/

- Organización Mundial de la Salud (2018). *Family Planning. A Global Handbook for Providers 2018*. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Tercera edición. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Policy Statement. Contraception for Adolescents. *Pediatrics*, 134, e1244-e1256.
- Organización Panamericana de la Salud (2015). Contraception For Adolescents. Policy Statement American Academy of Pediatrics.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Adolescent*. Disponible en: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Family planing contraception*. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Adolescent pregnancy*. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Recomendaciones para el uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de adquirir o que viven con VIH-sida

Dr. Roberto Tomás Álvarez Fumero

Los métodos anticonceptivos contribuyen a la capacidad de las mujeres adolescentes de mantener su salud y la de sus hijos y de controlar su vida reproductiva.

El equipo básico de salud, al atender las necesidades de planificación familiar de adolescentes, debe respetar el derecho de todas las personas, sin discriminación por sus condiciones, a acceder a una anticoncepción segura y eficaz.

Los métodos anticonceptivos alivian la morbilidad y mortalidad generales asociadas al embarazo, mejoran la salud infantil y reducen la transmisión vertical del VIH en las mujeres adolescentes con VIH que deseen evitar el embarazo.

El uso voluntario de anticonceptivos por parte de las mujeres con VIH que deseen evitar el embarazo es crucial para ejercer sus derechos reproductivos y es una estrategia importante para reducir la transmisión vertical del VIH.

El uso sistemático y correcto de preservativos masculinos o femeninos es crucial para prevenir la transmisión del VIH a las parejas sexuales no infectadas.

Las mujeres con VIH o alto riesgo de VIH necesitan contar con información sobre medidas de prevención del VIH y acceso a estas medidas, que son, entre otras: los preservativos (masculinos o femeninos), la circuncisión masculina voluntaria, el asesoramiento y las pruebas de carácter voluntario en relación con el VIH, y la terapia antirretroviral para los miembros seropositivos de parejas serodiscordantes.

Al recomendar el empleo de anticonceptivos hormonales (Tabla 13.1) en mujeres con VIH o alto riesgo de VIH, el equipo básico de salud debe tener en cuenta estos grupos:

- Mujeres con alto riesgo de infección por VIH.
- Mujeres con enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estados 1 o 2 de la Organización Mundial de la Salud).

- Mujeres con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la Organización Mundial de la Salud).
- Mujeres con VIH que estén recibiendo terapia antirretroviral.

Tabla 13.1. Anticonceptivos hormonales disponibles en Cuba

Variante	Nombre comercial	Disponibilidad
Anticonceptivos combinados orales	Trienol Cipresta	Farmacias comunitarias
Anticonceptivos combinados inyectables	Mesigyna	Farmacias comunitarias Policlínicos con consulta municipal de planificación familiar
Anticonceptivos con gestágenos inyectables	Acetato de medroxiprogesterona de depósito Enantato de noretisterona	Farmacias comunitarias Policlínicos con consulta municipal de planificación familiar Servicios hospitalarios posaborto y puerperio
Anticonceptivos con gestágenos orales	Aminor	Farmacias comunitarias
Implantes subdérmicos de gestágenos solo de levonorgestrel	Jadelle	Policlínicos seleccionados con consulta municipal de planificación familiar Servicios hospitalarios posaborto y puerperio

Al atender y recomendar los métodos anticonceptivos a mujeres adolescentes que están en riesgo o viven con el VIH-sida, el equipo básico de salud debe saber responder estas preguntas:

- *¿Implica el uso de un determinado método de anticoncepción hormonal un aumento directo del riesgo de adquisición del VIH en las mujeres?*

Veintidós estudios observacionales prospectivos han evaluado el riesgo de adquisición de VIH en mujeres que utilizan un método de anticoncepción hormonal comparándolo con el de mujeres que utilizan un método anticonceptivo no hormonal (preservativo, dispositivo intrauterino no hormonal, *coitus interruptus*) o no utilizan ningún método anticonceptivo. En 18 de estos (81,8 %) no fue reportada asociación estadísticamente significativa entre el uso y la adquisición del VIH, por lo que la evidencia es baja.

- *¿Acelera el uso de los diferentes métodos anticonceptivos hormonales la progresión de la enfermedad por VIH?*

La calidad de la evidencia es baja. De los ocho estudios disponibles siete no sugieren asociación alguna entre el uso de hormonales ora-

les y la progresión del VIH, indicada por un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³, por el inicio de terapia antirretroviral o por el fallecimiento.

De seis estudios disponibles cinco no sugieren asociación alguna entre el uso de acetato de medroxiprogesterona anticonceptivos con gestágenos inyectables y la progresión del VIH.

La mayoría de los estudios indirectos destinados a determinar si los distintos métodos anticonceptivos hormonales afectan a la carga viral plasmática de VIH no han hallado efecto alguno.

- *¿Incrementa el uso de los diferentes métodos anticonceptivos hormonales el riesgo de transmisión sexual del VIH de la mujer al hombre?*

La calidad de la evidencia es baja. Los estudios que evalúan indirectamente el efecto de diferentes métodos anticonceptivos hormonales sobre la transmisión del VIH de la mujer al hombre midiendo la diseminación genital del virus como variable sustitutiva de la infectividad han obtenido resultados desiguales.

Los dos estudios observacionales prospectivos que evaluaron directamente los efectos de diferentes métodos anticonceptivos hormonales sobre la transmisión del VIH de la mujer al hombre midiendo las seroconversiones en las parejas masculinas de mujeres de las que se sabía que utilizaban anticonceptivos hormonales, no encontró asociación estadísticamente significativa con un mayor riesgo.

- *¿Existe alguna posible interacción entre los métodos anticonceptivos hormonales y los medicamentos antirretrovirales?*

Según la evidencia disponible:

- Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos no presentan un riesgo significativo de interacción con los métodos anticonceptivos hormonales.
- En el caso de los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos, tres estudios clínicos hallaron que el uso de terapia antirretroviral con nevirapina no incrementa las tasas de ovulación ni de embarazo en las mujeres que usan anticonceptivos hormonales orales. En el caso de la terapia antirretroviral con efavirenz, un estudio mostró descensos significativos sistemáticos en los niveles de hormonas anticonceptivas en las mujeres que usan anticonceptivos hormonales orales y un pequeño estudio clínico mostró tasas de ovulación mayores en las mujeres que recibían una terapia antirretroviral con efavirenz y utilizaban hormonales orales. La etravirina y la rilpivirina no interactúan con los hormonales orales. Una revisión retrospectiva

de historias clínicas de mujeres que recibían terapia antirretroviral con efavirenz mostró un aumento de las tasas de fracaso anticonceptivo en las mujeres que usan implantes de levonorgestrel. Basándose principalmente en los datos farmacocinéticos, no es probable que los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos afecten la eficacia del acetato de medroxiprogesterona ni viceversa.

- En el caso de los inhibidores de la proteasa la administración de ritonavir o de inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir disminuye los niveles de gestágenos procedentes de los hormonales orales, pero no es probable que afecten a la eficacia del acetato de medroxiprogesterona ni viceversa.
- El uso de raltegravir, un inhibidor de la integrasa, no interactúa con los hormonales orales.

Recomendaciones para las mujeres con VIH o alto riesgo de VIH

- No hay restricciones (categoría 1 de los *Criterios médicos de elegibilidad*) (Tabla 13.2) al uso de los anticonceptivos hormonales combinados (anticonceptivos combinados orales, anticonceptivos combinados o anticonceptivos combinados inyectables).
- No hay restricciones (categoría 1 de los *Criterios médicos de elegibilidad*) al uso de anticonceptivos con progestágenos orales, anticonceptivos con gestágenos inyectables (acetato de medroxiprogesterona), noristerat, mesigyna, implantes de levonorgestrel y etonorgestrel. Hay cuestiones no resueltas relativas a la interacción entre los anticonceptivos con progestágenos inyectables y el riesgo de adquisición del VIH en el caso de las mujeres adolescente con alto riesgo de VIH, en las que utilicen anticonceptivos con progestágenos inyectables. Los estudios disponibles presentan limitaciones metodológicas que dificultan su interpretación. Algunos estudios sugieren que las mujeres que utilizan anticonceptivos con gestágenos inyectables pueden tener un mayor riesgo de adquisición del VIH, mientras que otros estudios no han hallado esta asociación. Dada la importancia de esta cuestión, se debe informar a las mujeres con alto riesgo de infección por VIH de que existe una posibilidad no confirmada de que los anticonceptivos con gestágenos inyectables puedan incrementar su riesgo de resultar infectadas por el VIH. Las mujeres y las parejas con alto riesgo de adquisición del VIH que se planteen el uso de anticon-

- ceptivos con gestágenos inyectables también deben recibir información sobre medidas de prevención del VIH, tales como preservativos masculinos y femeninos, y tener acceso a estas medidas.
- No hay restricciones (categoría 1 de los *Criterios médicos de elegibilidad*) al uso de los dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (dispositivo intrauterino-levonorgestrel) en mujeres con alto riesgo de VIH.

Tabla 13.2. Clasificación de los *Criterios médicos de elegibilidad* para el uso de anticonceptivos

Clasificación	Criterio
1	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo
2	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados
3	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método
4	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud

Recomendaciones para las mujeres que presenten enfermedad clínica por VIH asintomática o leve

Estadios 1 y 2 de la Organización Mundial de la Salud

Pueden usar generalmente el dispositivo intrauterino-levonorgestrel (categoría 2 de los *Criterios médicos de elegibilidad*).

Estadios 3 y 4 de la Organización Mundial de la Salud

- No deben generalmente comenzar a usar el dispositivo intrauterino-levonorgestrel (categoría 3 de los *Criterios médicos de elegibilidad* para el inicio del uso) hasta que su enfermedad clínica por VIH haya mejorado pasando a ser asintomática o leve.
- Las mujeres a quienes ya se haya colocado un dispositivo intrauterino-levonorgestrel y que pasen a un estadio grave o avanzado de enfermedad clínica por VIH no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los *Criterios médicos de elegibilidad* para la continuación del uso). Las mujeres que usan dispositivo intrauterino-levonorgestrel con enfermedad clínica por VIH avanzada o grave deben ser sometidas a una vigilancia estrecha ante posibles infecciones genitales.

Recomendaciones para las mujeres que presenten enfermedad clínica por VIH y reciban tratamiento antirretroviral

- En general, las mujeres adolescentes que estén recibiendo terapia antirretroviral pueden utilizar cualquiera de los métodos anticonceptivos hormonales.
- En el caso de adolescentes que reciban determinadas pautas de terapia antirretroviral, concretamente las que incluyan efavirenz o nevirapina, así como algunos inhibidores de la proteasa, y usen algunos métodos hormonales (métodos hormonales combinados, anticonceptivos con progestágeno orales e implantes subdérmicos), se debe tener en cuenta algunas consideraciones específicas (categoría 2 de los *Criterios médicos de elegibilidad*).

Anticoncepción de emergencia

- La anticoncepción de emergencia o píldora del día siguiente, aunque no es un método seguro ni de alta eficacia, debe usarse por los adolescentes cuantas veces se olvide usar el método usual o se tenga sexo desprotegido. Una estrategia clave en la reducción del embarazo no planificado es informar a las adolescentes de su disponibilidad y modo de uso.
- Se toman dos tabletas de 0,75 mg o una tableta de 1,5 mg en dosis única, hasta cinco días después del coito, aunque su mayor efectividad es en las primeras 72 h posteriores al coito desprotegido.
- Puede usarse sin restricción (categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud) en adolescentes con VIH o alto riesgo de VIH y en las que presenten enfermedad clínica por VIH y reciban tratamiento antirretroviral con efavirenz y nevirapina.

Conclusiones

- No hay restricciones para el uso de cualquier tipo de anticonceptivo hormonal en mujeres con VIH o alto riesgo de VIH, incluso las píldoras de emergencia.
- Las ventajas de utilizar el dispositivo intrauterino-levonorgestrel superan a los riesgos teóricos o demostrados en las mujeres con VIH que presenten enfermedad clínica por VIH asintomática o leve.
- No se debe comenzar el uso de dispositivo intrauterino-levonorgestrel (categoría 3 de los *Criterios médicos de elegibilidad*) en mujeres

con enfermedad clínica grave hasta que pase a ser asintomática o leve; pero si ya se les había colocado y pasan a un estadio grave o avanzado de enfermedad clínica por VIH, no es necesario retirar el dispositivo intrauterino.

- En general, las mujeres adolescentes que estén recibiendo terapia antirretroviral pueden utilizar cualquiera de los métodos anticonceptivos hormonales, teniendo en cuenta algunas consideraciones específicas.

Bibliografía

- Heffron, R., Mugo, N., Ngure, K., Celum, C., Donnell, D., Were, E. *et al.* (2013). Hormonal contraceptive use and risk of HIV-1 disease progression. *AIDS*, 27(2), 261-267.
- Heffron, R., Rees, H., Mugo, N., Baeten, J. M. (2012). Use of hormonal contraceptives and risk of HIV-1 transmission – authors' reply. *The Lancet Infectious Diseases*, 12(7), 510-511.
- Low, A. J., Konate, I., Nagot, N., Weiss, H. A., Kania, D., Vickerman, P. *et al.* (2014). Cervicovaginal HIV-1 shedding in women taking antiretroviral therapy in Burkina Faso: a longitudinal study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 65(2), 237-245.
- Lutalo, T., Musoke, R., Kong, X., Makumbi, F., Serwadda, D., Nalugoda, F. *et al.* (2013). Effects of hormonal contraceptive use on HIV acquisition and transmission among HIV-discordant couples. *AIDS*, 27(Suppl 1), S27-S34.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH.*
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Recomendaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos hormonales en mujeres con VIH o alto riesgo de VIH.*

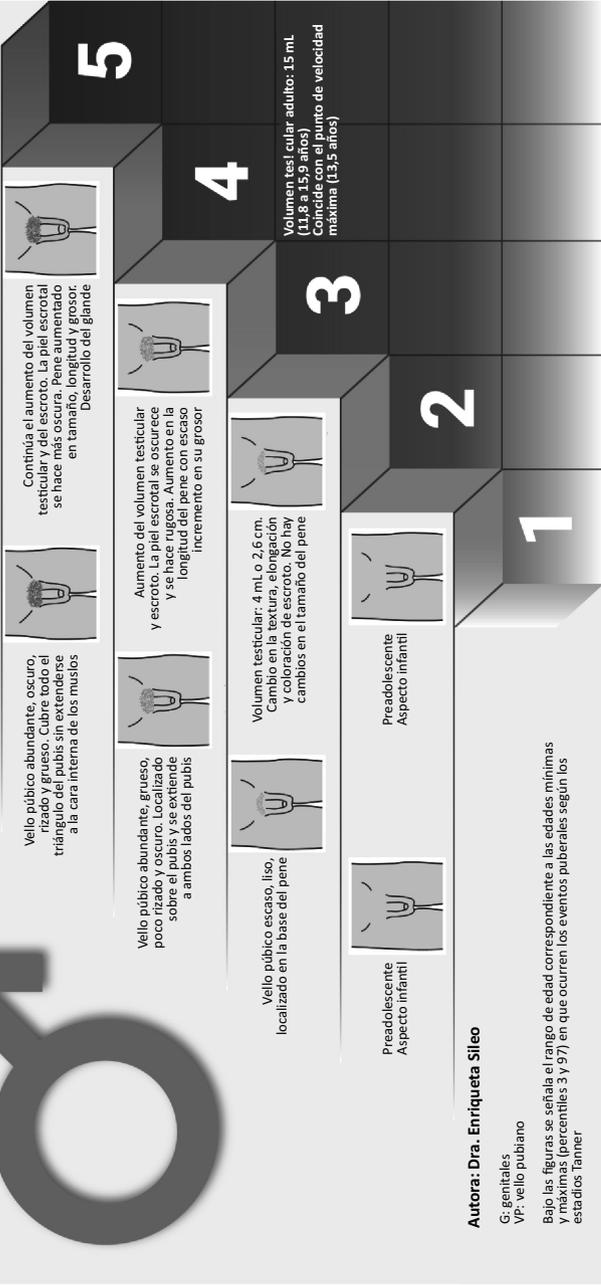
ANEXOS



Vello púbico con distribución característica adulta, que se extiende hasta la cara interna de los muslos y puede extenderse a la parte media del abdomen



Volumen testicular: 25 mL o más.
Escroto y pene con características del adulto



Autora: Dra. Enriqueta Sileo

G. genitales
VP: vello pubiano

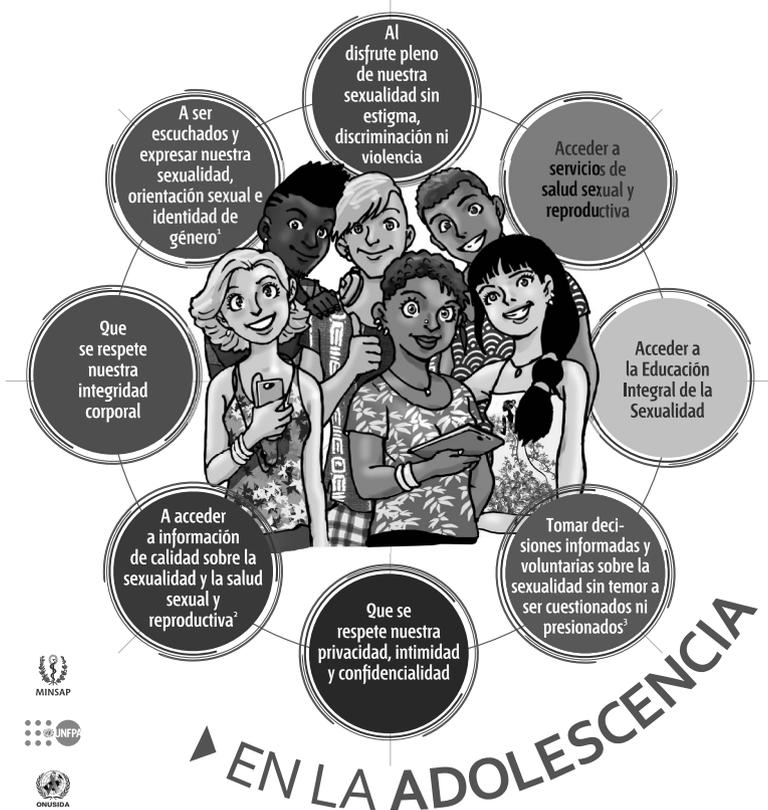
Bajo las figuras se señala el rango de edad correspondiente a las edades mínimas y máximas (percentiles 3 y 97) en que ocurren los eventos puberales según los estados Tanner

Anexo 2

Cartel de promoción de los derechos sexuales y reproductivos

NUESTROS

DERECHOS sexuales y reproductivos



¹ A la libertad de expresión, sin discriminación, limitación ni violencia, a no ser juzgados por nuestra sexualidad, orientación sexual e identidad de género.

² Acceder a información clara, precisa y basada en evidencias científicas sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva en distintos espacios de la comunidad.

³ Entre estas decisiones se incluyen: elegir pareja sexual sin discriminación; negociar las decisiones con la pareja; decidir si tener relaciones sexuales o no; usar métodos de protección para evitar infecciones de transmisión sexual, el VIH-sida y embarazos no deseados; decidir si tener hijos, cuándo y cuántos.

Anexo 3

Cartel de promoción de los estándares de calidad para los servicios de atención a la salud de adolescentes

ESTÁNDARES de calidad para los servicios de atención a la salud en la ADOLESCENCIA con énfasis en salud sexual y reproductiva

ESTÁNDAR 1 Conocimientos de los y las adolescentes sobre salud

Que las/os adolescentes estén informados acerca de su propia salud y sus derechos y sepan dónde y cuándo obtener los servicios de salud sexual y reproductiva.

ESTÁNDAR 2 Apoyo de la comunidad

Que la comunidad y las organizaciones comunitarias, reconozcan, acompañen y apoyen la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a las/os adolescentes.

ESTÁNDAR 3 El paquete de servicios

Que los servicios de salud ofrezcan un paquete de información, asesoría, diagnóstico, atención integral en salud sexual y reproductiva que satisfaga las necesidades de la población adolescente.

ESTÁNDAR 4 Competencias del personal de salud

El personal de salud demuestra tener la competencia técnica requerida para ofrecer servicios integrales y eficientes de salud sexual y reproductiva a las/os adolescentes, basado en el respeto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

ESTÁNDAR 5 Entorno físico y equipamiento de los establecimientos de salud

Las instituciones de salud cuentan con servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con horarios convenientes, espacios y ubicación adecuada, ambiente acogedor, limpio, y mantienen la privacidad y la confidencialidad en la atención. Asimismo, poseen el equipo, los medicamentos, los suministros y la tecnología básicos establecidos para garantizar la prestación de servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

ESTÁNDAR 6 Equidad

Que el personal de salud brinde servicios de calidad, equitativos y sin discriminación a las/os adolescentes.

ESTÁNDAR 7 Datos y mejora de la calidad

Las instituciones de salud cuentan con sistemas operativos de información estadística que recopilan, procesan y analizan datos sobre la utilización y la calidad de sus servicios, desglosados por indicadores demográficos y que se utilizan en el proceso de mejora de la calidad. El personal de las unidades de salud recibe apoyo para capacitarse de forma continua en el tema de la mejora de la calidad.

ESTÁNDAR 8 Participación de los y las adolescentes

La población adolescente se involucra activamente en la planificación, el monitoreo, evaluación y mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva en las decisiones acerca de su propia salud.



Anexo 4

Cartel de promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

SERVICIOS de SSR

disponibles para **ADOLESCENTES** de este municipio Salud Sexual y Reproductiva

¿Qué servicios se ofrecen en el CONSULTORIO MÉDICO DE LA FAMILIA (CMF)?



¿Qué servicios se ofrecen en el POLICLÍNICO?

Servicios

Servicios de orientación, consejería y asesoría

Círculos de adolescentes

Atención al desarrollo, nutrición y crecimiento

Métodos Anticonceptivos: DIU, hormonales inyectables, orales y anticoncepción de emergencia

Otras inquietudes relacionadas con la salud, con énfasis en sexual y reproductiva

Prevención, diagnóstico y atención de infecciones de Transmisión Sexual y VIH-sida

Diagnóstico y atención al embarazo y seguimiento después del parto

Atención especializada con psicología, ginecología y pediatría

¿Quién los ofrece, en qué lugar, qué día y en qué horario?



Servicios

Consulta especializada de riesgo preconcepcional y anticoncepción en condiciones clínicas especiales

Consulta especializada de salud sexual y reproductiva

Atención y seguimiento especializado a las ITS y el VIH-sida a través de enfermera encuestadora

Interrupción voluntaria del embarazo por regulación menstrual

¿Quién los ofrece, en qué lugar, qué día y en qué horario?



¿Qué servicios se ofrecen en el HOSPITAL PEDIÁTRICO?

Servicios

Atención especializada a adolescentes con enfermedades crónicas

¿Quién los ofrece, en qué lugar, qué día y en qué horario?



¿Qué servicios se ofrecen en el HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO, GENERAL O CLÍNICO QUIRÚRGICO?

Servicios

Interrupción voluntaria de embarazo por método medicamentoso o quirúrgico

Anticoncepción postparto y postparto

¿Quién los ofrece, en qué lugar, qué día y en qué horario?



MINSAP



