	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 1 de 14
	<i>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Lineamiento para la detección, captación, valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes de 10 a 19 años</i>	<i>CÓDIGO: L.GM.DDSS.17</i>

Fecha: 27 de mayo de 2017

Elaborado por:

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica.

Para:

Directores Regionales

Directores y Directoras de Hospitales y Áreas de Salud

A todo el personal de salud en contacto directo con personas adolescentes

Lineamiento para la detección, captación, valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes de 10 a 19 años.


Justificación:

En principio corresponde indicar que, el derecho a la salud es un derecho fundamental inherente a toda persona, el cual se encuentra tutelado desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946, reiterado posteriormente en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1998, siendo reconocido en diversos instrumentos internacionales, entre los cuales se encuentran lo regulado en los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos¹, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales² y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos³.

¹ Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25: "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)".

² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12, párrafo 1^{ero}: "los Estados Partes reconocen (...) el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" y el párrafo 2^{do} dispone diversas medidas que "deberán adoptar los Estados Partes (...) a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho". En relación a esta norma es importante indicar que la misma constituye el artículo más completo que sobre el derecho a la salud se regula dentro de la legislación internacional referida a los derechos humanos.

³ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 10: "1.Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2-Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud; f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables"


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 2 de 14
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>Lineamiento para la detección, captación, valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes de 10 a 19 años</i>	CÓDIGO: L.GM.DDSS.17	VIGENCIA:240717

Cabe agregar que la salud pública, tiene una doble finalidad: de prevención de los principales problemas de salud a nivel poblacional, que para efectos de este lineamiento se encuentra los riesgos psicosociales en la población adolescente.

También resulta importante indicar que, la observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU⁴, el cual fue creado dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para interpretar, supervisar y proteger la aplicación del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se constituye en una observación general sobre el derecho a la salud. Dentro de ésta se encuentra establecido en el Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12 el derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas: *“La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”*

En nuestro país, tanto el derecho a la vida como el derecho a la salud, el cual es derivado del primero, encuentran el sustento legal a partir del artículo 21, 50, 73 y 177 de la Constitución Política que establece tal derecho a la población así como la prestación de servicios de salud. Por su parte, la Ley General de Salud en su artículo 1º establece que la salud es un bien de interés público, mientras que el numeral 2 de dicho cuerpo normativo dispone que es función esencial del Estado velar por la salud de la población, dicho derecho también se consagra en la Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de Salud, misma que establece en su artículo 2 que las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente: a) recibir información clara, concisa y oportuna, sobre sus derechos y deberes, así como sobre la forma correcta de ejercitarlos. b) ser informadas del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención, c) recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico, d) recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad, e) recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas, f) ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia, g) ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor, h) negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros, i) obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base en lo expresado

⁴ Aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su 22.º período de sesiones, celebrado en mayo de 2000.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 3 de 14
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>Lineamiento para la detección, captación, valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes de 10 a 19 años</i>	CÓDIGO: L.GM.DDSS.17	VIGENCIA:240717

previamente por el paciente o por convicción anterior, de que este rechazaría la intervención en tal situación, j) aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica, k) tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia, l) recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo, m) hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado, n) disponer, en el momento que lo consideren conveniente, la donación de sus órganos, ñ) presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos, o) hacer uso de sus efectos personales durante el internamiento, con sujeción a las reglas del establecimiento y siempre que con ello no se afecten los derechos de otros pacientes.

La Ley General de la Persona Joven establece en su artículo 4 que toda persona joven será sujeto de derechos; gozará de todos los inherentes a la persona humana garantizados en la Constitución Política de Costa Rica, en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos y en la legislación especial sobre el tema.

Específicamente tratándose de población adolescente y niñez la Convención de Derechos del Niño establece una serie de derechos, entre los que destacan: el derecho a buscar, recibir e impartir información (art.13), el derecho a ser protegido contra toda forma de abuso físico y mental (art. 19) a la atención y servicios en materia de planificación de la familia y el derecho al disfrute del más alto nivel de salud (art. 24) y a ser protegido contra toda forma de explotación sexual (art. 34).

Además, el instrumento internacional más relevante de tutela de los derechos de la niñez y la adolescencia, lo constituye la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, adoptada en 1989 y ratificada por Costa Rica en 1990; la cual establece los dos principios fundamentales de interpretación de la legislación en esta materia: a) no discriminación, b) interés superior del menor.


Bajo esta premisa el Código de la Niñez y la Adolescencia establece en su artículo 41 que las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia. Adicionalmente en su artículo 46 establece que el profesional de salud queda autorizado para prescribir acciones inmediatas de hospitalización, tratamiento o intervención quirúrgica, con el propósito de proteger la vida o la integridad física y emocional de niños y adolescentes aun cuando el padre, la madre, los representantes legales o las personas encargadas negaren su consentimiento por cualquier razón, lo cual es consistente con lo establecido con el artículo 144 del Código de familia.



La Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad, en su artículo 3 establece que el objetivo de esa ley es: a) servir como instrumento a las personas con discapacidad para que alcancen su máximo desarrollo, su plena participación social, así como el ejercicio de los derechos y deberes establecidos en nuestro sistema jurídico, b) garantizar la igualdad de oportunidades para la población costarricense en ámbitos como: salud, educación, trabajo, vida familiar, recreación, deportes, cultura y todos los demás ámbitos establecidos, c) eliminar cualquier tipo de discriminación hacia las personas con discapacidad y, d) establecer las bases jurídicas y materiales que le permitan a la sociedad costarricense adoptar medidas necesarias para la equiparación de oportunidades y la no discriminación de las personas con discapacidad.

Además de toda la normativa referida existen otras normas que vienen a establecer líneas estratégicas de acción sobre la temática a nivel nacional, tales como:

Leyes	Desglose
Ley 9406	Fortalecimiento de la protección legal de las niñas y las adolescentes mujeres ante situaciones de violencia de género asociadas a relaciones abusivas.
Decretos Ejecutivos	N° 13032-P-SPPS Código de Moral Ética, 1981 N° 27913-S Decreto sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, 1999 N° 30007-S Reglamento del Comité de Estudio del Niño Agredido, 2002
Políticas	Política Nacional de VIH y Sida 2007-2015 Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 Política Nacional de Niñez y la Adolescencia 2009-2021 Política Pública de la Persona Joven (2010) Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género 2010-2020 (CCSS) Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 Política Nacional de Salud 2011-2021 Política Nacional en Discapacidad (PONADIS) 2011 - 2021
Planes	Plan Nacional de Salud 2010-2021 Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA) Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015. Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente 2012-2016

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 5 de 14
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>Lineamiento para la detección, captación, valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes de 10 a 19 años</i>	CÓDIGO: L.GM.DDSS.17

**Normativa
Institucional
Vigente**

Oficio Gerencia Médica “Anticoncepción en Adolescentes” No. 20553 (CCSS Setiembre 1996)
 Manual de Atención Integral del Embarazo, la Maternidad y la Paternidad en la Adolescencia (CCSS - 2002).
 Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Víctimas de Violación Sexual en Edad Joven y Adulta (CCSS y otras instituciones - 2011).
 Guía de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso (CCSS – 2012).
 Norma Nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva, 2014. Oficializada mediante Decreto Ejecutivo N° 39088-S del 7 de Abril 2015.
 Lineamiento para la extensión de cobertura y acceso al condón masculino en poblaciones usuarias de los servicios de salud de la CCSS 2015
 Declaración de Acción Nacional para la Ampliación de la Oferta Anticonceptiva y la Promoción y Acceso Universal al Condón Femenino, del 9 de Diciembre 2014.
 Lineamiento para la consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección como parte de la atención integral de salud a personas adolescentes de 10 a 19 años de edad. Gerencia Médica.

Objetivo:

Regular la detección, captación, valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes, de 10 a 19 años.

Fundamentación del lineamiento:

Según el INEC (2016), la proyección de la población adolescente del país, estimada para el año 2016 (y fundamenta en el Censo del año 2010) ascendería a total de 776.397 personas, distribuido en 369.146 adolescentes con edades entre los 10 y 14 años (47.54% del total de personas adolescentes) y 402.077 personas entre los 15 y 19 años (51.78%), lo cual representa alrededor del 16 % del total de la población en el país. En la población de 10 a 19 años, el total de hombres fue de 398.026 (51.26%) y el total de mujeres fue de 378.371 (48.73%).

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2010, la mayoría de personas encuestadas señalaron haber iniciado las relaciones sexuales entre los 15 y 19 años de edad (60,2% hombres y 59,7% mujeres); sin embargo, se observó que los hombres iniciaron antes pues un 20,9% reportó su primera relación con penetración vaginal entre los 10 y 14 años, comparado con un 9,8% por parte de las mujeres. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales en hombres fue 15,2 años y en mujeres, 15,8 años.

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2010, reportó que solamente el 2,1% de la población entre 15 y 19 años señaló que las y los profesionales de la CCSS era la fuente más importante de información con la que contaban sobre temas relacionados



con la sexualidad. Además, solamente un 12.9 % de la población de 15 a 24 años han recibido información sobre métodos anticonceptivos, según la II Encuesta Nacional de Juventudes (2013)

En Costa Rica, la Encuesta Global de Salud Escolar 2009, refiere que el 59,5% de las y los estudiantes que participaron del estudio reportaron el uso de condón en su primera relación sexual, sin que se presentaran diferencias significativas entre hombres y mujeres (59,6% en hombres y 59,4% en mujeres).


Para el periodo 2002-2012, el Ministerio de Salud registró 224 casos de VIH en el grupo poblacional de 10 a 19 años (15 casos en el grupo de 10 a 14 años, y 205 casos en el grupo de 15 a 19 años). Entre hombres y mujeres no sobresale alguna diferencia significativa, ya que de estos casos 113 correspondían a hombres y 111 a mujeres. Para este mismo periodo, se registró 35 casos de Sida en el grupo poblacional de 10 a 19 años (dos casos en el grupo de 10 a 14 años, y 33 casos en el grupo de 15 a 19 años), siendo que 14 casos correspondían a hombres y 21 a mujeres.

Con relación a la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual, se reporta en el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA), que el grupo de personas entre 10 y 19 años representó el 7% de los casos de sífilis, con una mayor incidencia en el sexo femenino que en el masculino (un total de 105 casos, 71 casos en mujeres, 34 casos de hombres), la tasa en mujeres es más del doble que en el caso de los varones (17,25/100.000 en niñas y adolescentes y 7,82 en niños y adolescentes). Además, reporta que el 13,2% de los casos de chancro, el 7,8% de los casos de uretritis sin especificar, 11,1% de los casos de gonorrea y el 12,3% de las infecciones de transmisión sexual sin especificar ocurrieron en personas de este rango de edad.

Según el INEC, el total de nacimientos para el 2014 en Costa Rica fue 71.793. En madres entre los 10 y 19 años fue de 12.506, de los cuales 509 fueron en menores de 15 años y 11.997 entre 15 y 19 años. De los nacimientos totales, el 17.4% son registrados de madres adolescentes y solo el 2.2% son registrados de padres adolescentes. De los nacimientos de madres adolescentes, aproximadamente el 13% es reportado de padres adolescentes.

En Costa Rica para el 2010, según el documento de Indicadores de Género y Salud (2010) realizado por varias instituciones del país, se registra que el número de suicidios en personas de 10 a 19 correspondió a un total de 19 personas, de los cuales 2 fueron mujeres y 17 hombres (INEC, 2011). Mientras que para el 2011 está cifra aumentó, convirtiéndose en 37 personas dentro de este mismo grupo de edad (MINSAL, 2011).

En el 2011, la mortalidad en general para la población adolescente entre 10 y 19 años fue de 343 personas, de las cuales 229 fueron hombres y 114 fueron mujeres (MINSAL, 2011). Para el 2009, las principales causas de muerte en adolescentes de 13 a los 17 años, fueron: cáncer, accidentes de tránsito, otros accidentes, homicidios y suicidios (EHPM, 2009).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 7 de 14
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>Lineamiento para la detección, captación, valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes de 10 a 19 años</i>	CÓDIGO: L.GM.DDSS.17

En Costa Rica para el 2010, el número de homicidios en personas de 10 a 19 correspondió a un total de 48 personas, de los cuales 6 fueron mujeres y 42 hombres. Las principales razones de estos homicidios fueron: agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas, agresión con objeto cortante, y agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación (INEC, 2011). Asimismo, en el 2011 esta cantidad fue de 58 personas para este mismo grupo de edad (Ídem).

En cuanto a violencia intrafamiliar para personas entre 10 y 19 años, el número de casos en el 2010 correspondió a 1.921, de los cuales 1.488 eran mujeres y 433 hombres (INEC, 2011).

Con respecto a las personas entre 15 y 35 años que han vivido situaciones de violencia física, verbal o psicológica, el 45,7% menciona que le han gritado vulgaridades (con mayor incidencia en mujeres), mientras que el 39,8% dicen haber recibido miradas obscenas alguna vez. Las dos anteriores corresponden a las principales situaciones de violencia recibidas.

Asimismo, con respecto a este mismo grupo de edad, reportan haber sufrido acoso sexual un 4,4% de las personas, han sido personas abusadas sexualmente un 2,8% y han sufrido alguna violación el 1,7% (Consejo de la Persona Joven, 2013).


En la encuesta realizada por el IAFA (2012) a estudiantes de educación secundaria, el 8,8% de los hombres y un 8,1% de las mujeres manifiestan la experiencia de haber recibido agresiones físicas⁵ en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta, en términos absolutos representan cerca de un total de 26.640 estudiantes.

En la encuesta realizada por el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia sobre consumo de drogas en población de educación secundaria (centrada en los grupos de edad: 14 años o menos, de 15 a 16 años, y 17 años y más), se indica que la edad promedio en el inicio del consumo de bebidas alcohólicas para la población encuestada fue de 13 años, tanto para hombres como para mujeres (IAFA, 2012).

En la encuesta de IAFA (2013), un 23% de las y los estudiantes indicaron haber fumado alguna vez en la vida, y la prevalencia de consumo en el último año corresponde a un 10,3%. En el caso de los hombres, presentan una prevalencia de consumo de tabaco más alta que las mujeres (7,5% y 5% respectivamente).

Como bien lo indica la encuesta del IAFA (2012), el consumo experimental de alguna sustancia de producción o comercialización restringida (esencialmente marihuana), tuvo lugar en unos 56 mil estudiantes, de los cuales 33 mil fueron hombres y 23 mil mujeres.

⁵ En dicha encuesta, se definió para las y los estudiantes de la siguiente manera: *Se produce agresión física cuando una o varias personas golpean a alguien o cuando una o varias personas hieren a otra con un arma (como un palo, un cuchillo, un arma de fuego u otra).* (IAFA, 2013).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 8 de 14
	<i>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Lineamiento para la detección, captación, valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes de 10 a 19 años</i>	CÓDIGO: L.GM.DDSS.17 VIGENCIA:240717

Considerando la evidencia epidemiológica, donde se demuestra el conjunto de problemas a los que están expuestos los adolescentes, la literatura científica presenta una clasificación por dimensiones que articulan los diferentes indicadores de riesgo.

Al respecto diferentes autores (Fonseca-Pedrero, Gooding, Ortuño-Sierra, Pflum, Paino y Muñiz, 2016; Rosabal, Romero, Gaquín y Hernández, 2015; Meneses, Gil y Romo, 2010) proponen el siguiente ordenamiento (ver tabla 1):

Tabla 1.


Clasificación de factores y consecuencias del riesgo.

Factores de riesgo	Consecuencias del riesgo
Relaciones sexuales sin uso de condón.	Inicio de la actividad sexual en una etapa precoz de la vida.
Prácticas sexuales con penetración o sin esta, sin uso de condón.	Abandono del hogar.
Personas que perciben o reciben poco afecto de sus familiares.	Ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables.
Poca preocupación hacia la atención sanitaria en acciones de prevención como la realización de pruebas citológicas para la detección de cáncer de cuello uterino en parejas adolescentes de elevado riesgo.	Cambios frecuentes de parejas o múltiples parejas en tiempo simultáneo.
Falta de comunicación familiar y con sus contemporáneos.	Práctica de violencia como estilo de vida.
Sentimientos de dependencia.	Conductas sociales censurables por la sociedad.
Sentimientos de frustración, infelicidad y soledad.	Prácticas de sexo transaccional ocasionales o permanentes, conductas adictivas, comportamientos autolesivos y autodestructivos.
Sentimientos de tristeza.	-----

Fuente: adaptado de Fonseca-Pedrero, Gooding, Ortuño-Sierra, Pflum, Paino y Muñiz, 2016; Rosabal, Romero, Gaquín y Hernández, 2015; Meneses, Gil y Romo, 2010 (2016)

Estos factores tendrían un origen tanto interno como externo, y estarían implicados en ellos aspectos personales, familiares y sociales (Páramo, 2011).

Kazdin (2003) plantea que durante la adolescencia hay un incremento en el número de actividades consideradas como comportamientos problemáticos o de riesgo; como por ejemplo el uso ilícito de sustancias, ausentismo escolar, suspensiones, robos, vandalismo y sexo precoz y sin protección. Los factores comunes que determinan las conductas riesgosas de la juventud en alto riesgo, también han sido revisados por Florenzano Urzúa (1998), quien señala como más importantes la edad, expectativas educacionales y notas escolares, comportamiento general, influencia de los pares, influencia de los padres, calidad de la vida comunitaria, la calidad del sistema escolar y ciertas variables psicológicas (el diagnóstico de depresión, junto con el de estrés excesivo, es el que aparece más frecuentemente asociado con las diversas conductas de riesgo adolescente. También la autoestima baja es mencionada como predictor de las conductas problema (Páramo, 2011). Corona y Peralta

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 9 de 14
	<i>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</i>	<i>Lineamiento para la detección, captación, valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes de 10 a 19 años</i>	CÓDIGO: L.GM.DDSS.17
			VIGENCIA:240717

(2011) proponen una clasificación general de conductas de riesgo asociadas a las diferentes etapas de la adolescencia (tabla 2).

Tabla 2.

Clasificación de conductas de riesgos asociadas a las diferentes etapas de la adolescencia.


Sub – etapa temprana: 10-13 años. Primeros intentos de la necesaria salida desde la familia al exterior. Se inician algunas conductas de riesgo, por ejemplo, sexuales, consumo de alcohol y tabaco, violencia.
Sub – etapa media: 14-16 años. El hecho central es el distanciamiento afectivo de la familia y acercamiento al grupo de pares. Período de mayor posibilidad de involucramiento en conductas de riesgo.
Sub – etapa tardía: 17-19 años. Última fase del camino hacia el logro de identidad y autonomía. En general el adolescente ha aprendido de sus experiencias y según cómo éstas hayan sido, y según el equilibrio con factores y conductas protectoras, las conductas de riesgo se intensificarán (o más frecuentemente disminuirán) progresivamente.

Fuente: Tomado de Corona y Peralta (2011).

Como respuesta institucional a esta evidencia internacional, en el año 2000 Garita y Rodríguez (2000), desarrollaron el instrumento discriminador de riesgo psicosocial, que tenía como objetivo evaluar el riesgo psicosocial en adolescentes que facilitara la detección temprana en escenarios, fuera del establecimiento de salud. Este instrumento fue asumido por la Caja Costarricense de Seguro Social, como parte de los formularios oficiales del Expediente de Salud (Instrumento de Tamizaje de Riesgo Psicosocial para Adolescentes N. 4-70-03-0550). En el año 2005 se realiza actualización de ese instrumento, posteriormente, en el año 2014 un grupo de especialistas del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (Comisión de Clínicas, Hospitales y Regiones) inicia la elaboración de una nueva versión, que culmina en el año 2016.

Descripción del Lineamiento:

1. Se define como riesgo: aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas. Estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales (Rosabal, Romero y Gaquín, 2015).
2. Dimensiones a evaluar en la detección, captación-valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes:
 - a. **Sexualidad y salud –reproductiva:** dimensión que evalúa comportamientos de riesgo de la persona adolescente, que están vinculados a prácticas sexuales consentidas o no, con otras personas y a la utilización de métodos anticonceptivos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 10 de 14
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>Lineamiento para la detección, captación, valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes de 10 a 19 años</i>	CÓDIGO: L.GM.DDSS.17	VIGENCIA: 240717

- b. **Violencia:** dimensión que evalúa comportamientos o situaciones de riesgo de violencia física, sexual y psicológica en que la persona adolescente es víctima o es causante, negligencia de figuras parentales.
 - c. **Adicción:** dimensión que evalúa comportamientos de riesgo en la persona adolescente, que podrían conducir a desarrollar conductas adictivas sustancia psicoactivas lícitas o ilícitas.
 - d. **Problemas psicológicos:** dimensión que evalúa comportamientos o condiciones de riesgo que responden a procesos emocionales que son autolesivos o autodestructivos y que interrumpen el proceso de desarrollo adecuado de la persona adolescente o pone en riesgo su vida.
 - e. **Determinantes sociales:** dimensión que evalúa las condiciones de riesgo asociadas a aspectos económicos, laborales, educativos, culturales y de lugar de residencia que podrían interrumpir el desarrollo adecuado de la persona adolescente o poner en riesgo su vida.
3. Para efectos de este lineamiento se utilizará el rango etáreo oficial propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016; Silber, Munist, Maddaleno y Suárez, 1992 “Manual de Medicina de la Adolescencia”; Rosabal, Romero, Gaquín y Hernández, 2015), que define adolescencia como el periodo comprendido entre las edades de 10 años a 19 años (OMS, 2016). En la CCSS se han asumido estos parámetros desde 1989 y están vigentes en la actualidad (PAIA, 2005)

Procedimiento:

1. Para la **detección**. Se realiza el proceso de detección del riesgo a todas las personas adolescentes que tengan contacto con personal de salud en los escenarios fuera del establecimiento de salud, utilizando el instrumento Escala de Tamizaje de Riesgo Psicosocial en adolescentes, en su tercera versión (ETRA-III) o información suministrada por funcionarios institucionales o de otros ámbitos, padres o madres de familia o tutores y la persona adolescente.
2. En la **captación y la valoración** se reciben los resultados del ETRA-III o de otras fuentes de información (tales como las enunciadas en el punto anterior). El médico del EBASIS analiza los datos de los adolescentes con un riesgo alto o moderado (según el ETRA-III), realiza la consulta integral específica de adolescentes y envía referencia a REDES de la sede del Área de Salud correspondiente.

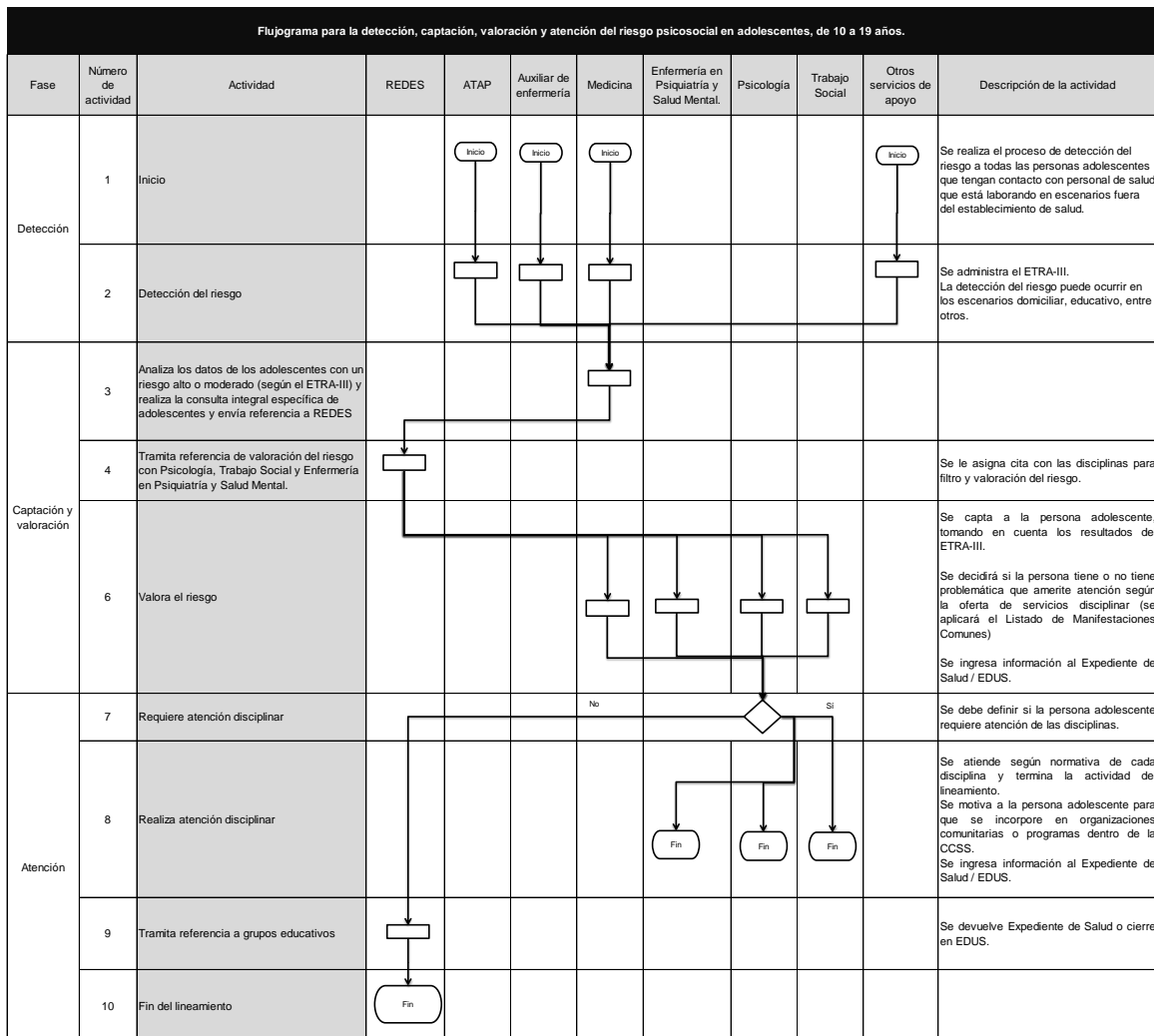
REDES recibe la referencia y realiza el trámite de asignación de citas a las disciplinas (Medicina, Enfermería de Psiquiatría y Salud Mental, Psicología y



Trabajo Social) y se hace valoración-filtro de la persona adolescente por las disciplinas, utilizando el Listado de Valoración del Riesgo.

- En la **atención** el profesional que realiza la valoración decide si la persona adolescente requiere atención disciplinar posterior o referencia a grupos comunitarios de apoyo.

A continuación se presenta el Flujograma para la detección, captación-valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes, detallando cada uno de los pasos y los actores involucrados.



Nota: se entienden como Otros Servicios de Apoyo: Odontología, Nutrición, Farmacia, entre otros.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 12 de 14
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	<i>Lineamiento para la detección, captación, valoración y atención del riesgo psicosocial en adolescentes de 10 a 19 años</i>	CÓDIGO: L.GM.DDSS.17	VIGENCIA:240717

Monitoreo

El monitoreo incluye dos actividades:

1. Captura, sistematización y análisis de los datos obtenidos del EDUS a través de cubos.
2. Supervisión capacitante, con una periodicidad de un año.

Los responsables de este proceso el equipo gestor del presente lineamiento y las personas designadas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

Responsable del cumplimiento:

La puesta en práctica estará a cargo por parte del personal de salud que tiene contacto directo con la población adolescente.

Responsable de verificar el cumplimiento:

La dirección médica local y la jefatura inmediata del personal de salud que tiene contacto directo con la población adolescente.

Instrumentos necesarios para la aplicación del lineamiento

ETRA III (formulario N. 4-70-03-0550)

Listado de valoración de riesgo

Contacto para consultas:

Dr Raúl Sánchez Alfaro, corrddss@ccss.sa.cr, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Tel. 25391251

Dr. Carlos Garita Arce. cgarita@ccss.sa.cr. Área de Atención Integral a las Personas. Tel. 2223 8948

Dr Alfonso Villalobos Pérez. avillalp@ccss.sa.cr Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento. Tel 25391090

Referencias:

1. Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven. (2013). 2da Encuesta



- Nacional de Juventudes. Informe de Principales Resultados. San José, Costa Rica.
2. Corona, F. y Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Condes*, 22(1), 68-75.
 3. Fonseca-Pedrero, E., Gooding, D.C., Ortuño-Sierra, J., Pflum, M., Paino, M. & Muñiz, J. (2015) Classifying risk status of non-clinical adolescents using psychometric indicators for psychosis spectrum disorders. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.049>
 4. Garita A., C. y Rodríguez R., J. (2000). Desarrollo y validación de un instrumento discriminador de riesgo psicosocial para el primer nivel de atención y su vinculación con el proceso de modernización institucional. *Adolescencia y Salud*, recuperado de la página web <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/2n1/art5.htm>
 5. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). X Censo de Población y VI de Vivienda: Resultados Generales. Primera Edición. San José, Costa Rica.
 6. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2013). Área Desarrollo Institucional. *Proceso de Investigación. Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria: Costa Rica 2012*. San José, CR. 131 p.
 7. Meneses F. C, Gil G., E. y Romo A., N (2010). Adolescentes, situaciones de riesgo y seguridad vial. *Atención Primaria*, 42 (9), 452-462.
 8. Ministerio de Salud. (2010). Encuesta Global de Salud Escolar, 2009. Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública, Global Schoolbased Student Health Survey, Organización Mundial de la Salud, Centro para la Prevención y Control de Enfermedades. Costa Rica.
 9. Ministerio de Salud. (2011). Informe de Resultados: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2010. Costa Rica.
 10. Ministerio de Salud. (2011). *Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) 2010-2018*. Caja Costarricense del Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica.
 11. Ministerio de Salud. (2012). Estadísticas de VIH y sida en Costa Rica. 2002-2012. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Vigilancia del Ministerio de Salud. Costa Rica.
 12. Organización Mundial de la Salud (2016). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de la página web: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ día 18 de agosto 2016.
 13. PAIA-Programa de Atención Integral a la Adolescencia (2005). *Bases Programáticas Programa Atención Integral a la Adolescencia*. Departamento de Salud Integral a las Personas Caja Costarricense de Seguro Social <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/basesprogramaticas2005.pdf>



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

Página 14 de
14

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE
SERVICIOS DE SALUD

*Lineamiento para la detección, captación, valoración y
atención del riesgo psicosocial en adolescentes de 10 a 19
años*

CÓDIGO: L.GM.DDSS.17

VIGENCIA:240717

14. Páramo, Ma. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 85-95.
15. Rosabal G., E.; Romero M., N.; Gaquín R., K. y Hernández M., R.A. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44 (2), 218-229.
16. Silber, TJ; Munist, MM; Maddaleno, MM y Suárez O., EN (1992). *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Washington, E.U.A.