

**NACIONES UNIDAS - CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA**  
**UNITED NATIONS - LATIN AMERICAN DEMOGRAPHIC CENTRE**



**MODELO DE ATENCION INTERDISCIPLINARIA  
DEL ADOLESCENTE**

**(Un estudio de caso )**

**CELADE**

Distr.  
RESTRINGIDA

LC/DEM/R.127  
Serie A, N° 221  
Agosto de 1991

ORIGINAL: ESPAÑOL

MODELO DE ATENCION INTERDISCIPLINARIA DEL ADOLESCENTE

(Un estudio de caso)

## **MODELO DE ATENCION INTERDISCIPLINARIA DEL ADOLESCENTE**

**Un estudio de caso:**

**Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas  
"José de San Martín", Facultad de Medicina,  
Universidad de Buenos Aires.**

Este documento fue preparado por el consultor Dr. José María Méndez Ribas. Las opiniones expresadas en este trabajo son de la exclusiva responsabilidad de su autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

---

## I N D I C E

	<b>Página</b>
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . . . . .	1
II. EL PROGRAMA . . . . .	6
RESEÑA HISTORICA . . . . .	7
PLANTA FISICA Y EQUIPAMIENTO . . . . .	9
ORGANIZACION . . . . .	17
LAS FUNCIONES . . . . .	20
III. COMENTARIOS . . . . .	35
A N E X O S . . . . .	43

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La **adolescencia** es un fenómeno sico-socio-cultural que va aunando a los fenómenos biológicos de la pubertad. Se trata de una etapa crítica del desarrollo humano ubicada entre la vida infantil y la vida adulta, durante la cual el joven busca las pautas de conducta que respondan al nuevo funcionamiento de su cuerpo y a los requerimientos socioculturales de su medio.

Si bien existen variaciones culturales que dificultan una caracterización universal de la adolescencia, la Organización Mundial de la Salud la define como el período de la vida durante el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia socio-económica.

Según la Organización Panamericana de la Salud la proporción de jóvenes y adolescentes en Latinoamérica en 1985 era del 20% sobre la población total, pero este grupo etéreo ha continuado incrementándose en términos proporcionales y absolutos. En la República Argentina, de acuerdo al censo de 1980, la población juvenil de 10 a 20 años era de 6.173.000, lo que representa aproximadamente un 20% de la población total, distribuidos un 86% en áreas urbanas y un 14% en áreas rurales.

En los últimos años la O.M.S. ha llegado a considerar a la población adolescente de los países en desarrollo como elemento crucial para el logro de la meta "Salud para todos en el año 2000", dado que el buen estado de salud de la población joven es un recurso potencialmente valioso que se puede aportar como una contribución esencial a la sociedad en su conjunto.

La característica biológica fundamental de este período, -el rápido crecimiento con sus cambios somáticos específicos para cada sexo- enfrenta al adolescente con su nuevo cuerpo, en tanto que desde el punto de vista sicosocial plantea una relación con su comunidad que muchas veces asume características violentas. De ahí que este lapso se caracterice por el alto riesgo a que está expuesto el adolescente de adquirir conductas anómalas que afecten su estado de salud como un todo. Es así que a esta edad, la baja incidencia de enfermedades puramente somáticas contrasta con ese riesgo de padecer **complicaciones de origen sicosocial**, cuyos principales exponentes son:

- a) Adicciones (alcohol, tabaco, drogas, alimentarias).
- b) Fertilidad inoportuna: maternidad y paternidad irresponsables, abortos, hijos no deseados y abandonados, infecciones, esterilidad.
- c) Deserción escolar.

- d) Accidentes.
- e) Suicidios.
- f) Enfermedades transmisibles vinculadas a la actividad genital y sus posibles complicaciones (esterilidad, lesiones preneoplásicas, riesgo de vida).
- g) Conductas antisociales (delincuencia, violencia).

Según el informe 489/95 de la O.P.S./O.M.S. las principales causas de muerte en la adolescencia son:

<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
Accidente	Accidente
Cardiopatía	Suicidio
Tumores malignos	Tumores malignos
Complicaciones de la reproducción <sup>1</sup>	Homicidio
Suicidio	Cardiopatía

### **Salud Reproductiva**

Un punto crítico dentro de esta problemática lo representa, como se ve, el embarazo en la adolescencia, lo que constituye un serio problema de salud pública, con profundas repercusiones en la organización social actual y futura; representa en la mayoría de los casos un problema de salud materno-infantil, con consecuencias en los niveles biológico, psicológico y social para la madre, el niño, el padre adolescente, sus familias y la sociedad.

El incremento de los embarazos inoportunos en las jóvenes es un fenómeno observado y registrado mundialmente. Este incremento obedece a causas de origen sicosocial múltiples, entre otras un inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales, carencia de educación sexual, desconocimiento y falta de acceso a métodos anticonceptivos, además de las motivaciones profundas de la adolescente para evitar o no el embarazo.

Todo lo anterior sumado a una cada vez más tardía edad del matrimonio, determina la prolongación del período de exposición de las adolescentes a embarazos no deseados.

La maternidad es un acontecimiento bio-sico-social característico de la edad adulta. Su irrupción en la vida de la

---

<sup>1</sup> En nuestro país está prohibido el aborto, salvo en circunstancias muy especiales, por lo que no siempre se realizan las denuncias de los abortos provocados; es así que se considera que la mortalidad por complicaciones de la reproducción tiene un sub-registro importante, difícil de comprobar.

adolescente corta abruptamente su desarrollo armónico y normal, planteando trágicamente la paradoja de la adolescencia: un cuerpo desarrollado para cumplir una función para la cual no está preparado social ni psicológicamente.

Los cuatro caminos alternativos, aborto, maternidad soltera, matrimonio forzado o adopción, son todos insatisfactorios aunque en distinta medida, y ante el hecho consumado surge la reflexión de que sólo la prevención hubiera sido útil.

### **Necesidades de atención de los adolescentes**

Su diagnóstico ha sido tratado en reuniones panamericanas sobre el tema y consultorías internacionales cuyos resultados están publicados en diversos artículos de O.P.S./O.M.S., además, en seminarios de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, seminarios de la Secretaría de Salud Pública y de Ambiente Humano y Familia de la Municipalidad de Buenos Aires, y otras instituciones. Estas necesidades son:

- 1) Controles en salud. Prevención y detección de enfermedades transmisibles y congénitas.
- 2) Educación para la salud: controles periódicos médico-sico-sociales. Información sobre crecimiento y desarrollo. Información sobre reproducción. Importancia de los controles periódicos para el diagnóstico de salud-enfermedad.
- 3) Diagnóstico sico-social familiar.
- 4) Orientación vocacional y profesional de acuerdo a las necesidades del individuo y las posibilidades del país.
- 5) Orientación de oferta-demanda de los mercados de trabajo e inserción social digna.
- 6) Conocimiento adecuado de sus derechos y deberes legales en el contexto nacional actual.

### **Recomendaciones**

Por todas estas razones la O.M.S. y su oficina regional, la O.P.S., tienen como premisa la "Educación para la Salud en la Adolescencia", recomendando:

- 1) Creación y/o perfeccionamiento de centros especializados para adolescentes, con personal entrenado para atenderlos.

- 2) Políticas destinadas a la concientización de la población a través de los medios de comunicación disponibles (Programas nacionales, educación en escuelas primarias y secundarias, medios de comunicación masivos, etc.).
- 3) Entrenamiento adecuado de todo personal que trata con adolescentes (educadores, agentes de salud, comunidades religiosas, centros recreativos y deportivos, etc.).
- 4) Programas nacionales de investigación y banco de datos.

### **Recursos actuales**

A lo largo del país existen algunos consultorios para atención de adolescentes con diverso grado de complejidad en Hospitales zonales o municipales (de lo cual no existe una información centralizada). Sin embargo, ninguno de ellos reúne todas las áreas y funciones estructuradas alrededor de la interdisciplina como en el caso que se aborda en este trabajo, sino que se trata de experiencias donde el énfasis está puesto en una disciplina específica (ginecología, clínica o salud mental) y que cumplen con alguna función determinada (asistencia, formación de docentes en escuelas, etc.).

Muchos de estos servicios funcionan sobre la base de un esforzado voluntarismo, pero en situaciones de poca estabilidad; algunos incluso han dejado de existir.

Por otro lado, la actividad de Sociedades Científicas de reconocido prestigio contribuye desde hace 15 años aproximadamente a la formación de personal especializado en el tema, desarrollando reuniones, cursos y congresos nacionales (Ej.: Comité de Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil, Sociedad Argentina de Hebiología y Hebiatría, y otras). Hay que destacar que, sin embargo, los alumnos allí formados pocas veces pudieron organizar equipos de salud para adolescentes en sus instituciones por falta de apoyo oficial a estas inquietudes.

### **EL INFORME**

#### **Objetivos**

De acuerdo con los antecedentes señalados, el **objetivo general** en el que se encuadra este trabajo es la promoción de la salud física, síquica y social de la adolescencia.

Como **objetivo específico**, este informe cumple con el propósito de registrar y difundir un procedimiento innovador en medicina para adolescentes, llevado a cabo desde un hospital universitario

perteneciente al sistema nacional de salud: el Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Este caso es materia de interés debido a que cuenta ya con cuatro años de existencia, ofrece una asistencia integral (física y sicosocial) y desarrolla una importante labor docente en la materia, lo que ya ha arrojado resultados positivos al propagarse esta metodología de trabajo en otros lugares del país. El aporte de este Programa reside tanto en lo que hace a la formación y funcionamiento de un equipo interdisciplinario, como en el conocimiento específico de la medicina del adolescente.

La difusión de esta experiencia, particularmente rica en cuanto a su metodología y a la formación de recursos humanos, puede resultar de utilidad para quienes entienden que en medicina de adolescentes es éste el abordaje adecuado.

### **Metodología**

En el intento de abarcar este Programa en toda su complejidad, se lo ha abordado desde el punto de vista de su estructura y funcionamiento, y también desde lo referente a la constitución y dinámica del equipo de trabajo. Para ello se ha recogido material durante tres meses de la siguiente manera:

- Observación de su funcionamiento.
- Observación de la atención a los adolescentes:
  - entrevistas de la trabajadora social;
  - consultas con los profesionales;
  - grupos de educación sexual.
- Asistencia a ateneos y a reuniones generales del equipo.
- Asistencia a curso de post-grado.
- Entrevistas individuales a cada uno de los Coordinadores de las áreas y de Trabajo Social, y a la secretaria administrativa.
- Entrevistas directas a pacientes de ambos sexos que concurren por segunda o más veces.
- Consultas al material publicado por el Programa, y a otras publicaciones.

El **desarrollo** del informe es el siguiente:

- El Programa; objetivos.
- Reseña histórica.
- Planta física y equipamiento (según normas de O.P.S.).
- Las Funciones.
- Las Areas.
- Organización:
  - estructura administrativa;
  - recursos materiales y financieros;
  - recursos humanos.
- Comentarios.

## II. EL PROGRAMA

Consecuentemente con la problemática descripta y sus necesidades de atención, se crea este Programa; en él se desarrolla una medicina especialmente preventiva y orientadora, a fin de lograr mejores índices de salud física, síquica y social de la adolescencia. Se sustenta conceptualmente en lo que hoy se entiende por **medicina integral**: un abordaje multidisciplinario con acción interdisciplinaria, por profesionales de las áreas médicas, de salud mental y sociales con sus respectivas subespecialidades, abarcando funciones asistenciales, docentes, de investigación y salida a la comunidad.

Los **objetivos** que el Programa se plantea son:

1. Brindar a los adolescentes de ambos sexos una atención médica integral, en los aspectos físico, síquico y social.
2. Detectar precozmente las disfunciones que pudiesen presentarse, no sólo en los jóvenes sino en sus grupos familiares de origen.
3. Enfatizar en la prevención y asistencia de la salud reproductiva de la adolescente, y en sus patologías (enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, etc.).
4. Fortalecer los núcleos familiares dando espacio para la reflexión y orientando hacia un aprovechamiento adecuado del tiempo libre.
5. Formar profesionales entrenados en la atención de adolescentes en las diferentes áreas, especialmente aquellos que en el futuro pudiesen desarrollar sus actividades en otras instituciones del interior del país.
6. Extender las acciones de atención primaria de la salud a la comunidad en general, con particular atención a otras dependencias de la Universidad de Buenos Aires.
7. Investigar la realidad del adolescente argentino, que no siempre es comparable con la de otras naciones, y colaborar a partir de la misma en la elaboración de políticas de salud.
8. Establecer una estrecha relación con las Sociedades Científicas que en nuestro medio se ocupan de la adolescencia: Comité de Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Argentina de Ginecología Infantil Juvenil y Sociedad Argentina de Hebiatría.

## RESEÑA HISTORICA

La descripción de la elaboración gradual de los grupos de las diferentes especialidades al trabajo interdisciplinario en adolescencia permitirá tener una visión más acabada de cómo se ha ido consolidando el equipo actual.

En el año 1973, en la **Primera Cátedra de Ginecología** de la Universidad de Buenos Aires, sita en el Hospital de Clínicas, se comienza a tomar conciencia del importante número de adolescentes que acuden a su consultorio externo. Para evaluar la eficacia de la atención a estas pacientes se realiza un trabajo estadístico tomando como muestra el año 1972. Los resultados obtenidos fueron desalentadores, ya que se observó que el 65% de las adolescentes entrevistadas por primera vez no volvieron a la consulta. Esta realidad reflejaba que la forma de atención de un consultorio externo de hospital no satisfacía las expectativas de la paciente adolescente. Cortos horarios de atención con gran demanda de pacientes; profesionales no entrenados para la atención de este grupo etáreo, sala de espera común que las adolescentes deben compartir con pacientes que presentan patologías muy heterogéneas (casos oncológicos, climaterio, embarazos, etc.), además de la presencia obligada de alumnos por tratarse de un hospital universitario, son condiciones que contribuyen a conformar un medio ambiente inadecuado para este tipo de entrevistas.

En base a esta situación es que se organiza en el año 1973 el **Consultorio de Ginecología Infanto Juvenil** a cargo del Dr. José María Mendez Ribas, en la Cátedra mencionada. El equipo de profesionales en su comienzo estaba integrado por dos ginecólogos, una sicóloga y una asistente social. (Actualmente se cuenta con seis, dos y dos respectivamente).

Después de cuatro años de existencia de este consultorio en el Servicio de Ginecología y observando el satisfactorio funcionamiento del mismo y el creciente número de pacientes atendidas, se hace evidente la necesidad de atención del adolescente varón. El servicio más idóneo para cumplir esta función sería el de Pediatría, el que si bien atiende niños hasta los 12 años, cuenta con médicos entrenados en la evaluación del crecimiento y desarrollo, a diferencia de los clínicos generales.

En aquel momento costó despertar vocaciones hacia la atención de los adolescentes entre los pediatras, pero ante el incentivo de la forma de trabajo del Servicio de Ginecología, se logra crear en 1978 la **Sección de Clínica de Adolescentes** a cargo del Dr. Gustavo Girard, en la **Primera Cátedra de Pediatría**, del mismo hospital.

En este servicio de Pediatría funciona desde hace muchos años una jerarquizada Sección de Sicopatología Infanto Juvenil a cargo de la Dra. Lucila Agnese. Esta designa un Coordinador para trabajar en el área de adolescencia conjuntamente con los médicos

pediatras, cargo que recae en el Dr. Roberto Yunes. También se incorporaron al Consultorio de Adolescentes algunas otras sicólogas de dicha Sección.

Más adelante, dado el creciente número de adolescentes embarazadas que consultaban al Servicio de Ginecología, surgió la necesidad de contar con un consultorio especializado en el tema. Es así que en 1980 se crea en la **Primera Cátedra de Obstetricia** un **Consultorio Externo destinado a la atención de las adolescentes embarazadas**, a cargo de la Dra. Ana Coll. Desde su inicio este consultorio contó también con una sicóloga y una asistente social.

De este manera, en un lapso de siete años se crearon **tres consultorios para la atención de adolescentes en distintos Servicios**, los que compartían una misma metodología de trabajo; ésta tomaba en cuenta no solamente los aspectos médicos sino también los sicosociales. En aquel período, si bien los consultorios estaban separados físicamente, los pacientes eran derivados fluidamente entre ellos.

Hay que destacar que la conformación y consolidación de estos distintos equipos fue una tarea lenta y azarosa, debido entre otras cosas a la escasa oferta de profesionales que se sintiesen vocacionalmente identificados con este tipo de medicina. Esto ocurre en las áreas de Pediatría y en la de Ginecología, pero especialmente en la de Obstetricia (ésta cuenta con un sólo profesional desde 1980); no sucede lo mismo en las áreas de Salud Mental donde la subespecialidad de atención a los adolescentes encontró siempre muchos adeptos.

Por otro lado, y paralelamente, los Coordinadores de las secciones de Pediatría, Ginecología y Obstetricia participaron activamente en la creación de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil -que agrupa a ginecólogos, obstetras, pediatras, endocrinólogos y sicólogos- y del Comité de Adolescencia que funciona dentro de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Estas sociedades científicas han organizado cursos y congresos de la especialidad en adolescentes, actividades que fueron despertando inquietudes acerca de este tipo de atención pero que en su momento no tuvieron vías de canalización en lo referente al aprendizaje práctico de la especialidad.

Por este motivo, para atender los requerimientos de formación en esta disciplina provenientes de profesionales de la Capital y del interior del país, los Coordinadores crean en 1983 la **Unidad Docente de Adolescencia** del Hospital de Clínicas, formada por la integración de los profesionales que trabajan en las secciones mencionadas, todavía físicamente separadas.

El objetivo de la creación de esta unidad fue entonces atender la demanda de aquellos médicos interesados en aprender la

metodología de trabajo asistencial interdisciplinario con los adolescentes. Para ello se organizaron pasantías durante periodos no menores de un mes, en las que los alumnos rotaban por las distintas áreas que integraban dicha Unidad.

Otra importante actividad de la Unidad Docente fue la realización de Ateneos Interdisciplinarios quincenales donde, mediante la presentación de casos clínicos, se afianzaba el concepto de trabajo en equipo y los beneficios de la asistencia interdisciplinaria.

Después de cuatro años de trabajo con esta metodología, tanto en lo asistencial como en lo docente, y vivenciando la necesidad de integrarse definitivamente en una planta física común (práctica usual en países desarrollados, como EE.UU.), se aprovecha una reestructuración que tuvo lugar en el Hospital -consistente en la departamentalización de los Servicios y en la creación de Programas- para lograr ese objetivo.

Es así que en febrero de 1987 el Director del Hospital aprueba la propuesta de los Coordinadores de que la Unidad de Adolescentes se transforme en un Programa, ya que cumplía con los requisitos para ello: ser una estructura interdisciplinaria integrada por profesionales de diferentes especialidades,<sup>2</sup> con un objetivo común; en este caso, la atención de adolescentes.<sup>2</sup>

A partir de allí, los Consultorios especializados en adolescentes de Ginecología y Obstetricia se mantienen en sus respectivos servicios, pero ahora integrados al Programa y con un consultorio en éste. En cambio el Consultorio de Clínica de Adolescentes que funcionaba en el Servicio de Pediatría, se cierra, trasladándose íntegramente al Programa al crearse éste; lo mismo sucede con el Sector Adolescentes del Área de Psicopatología Infante Juvenil de dicho Servicio. (Esquema 1).

## **PLANTA FISICA Y EQUIPAMIENTO**

El Programa funciona en la planta baja del Hospital de Clínicas (área D del Departamento Ambulatorio), lo que permite el acceso directo de los adolescentes.

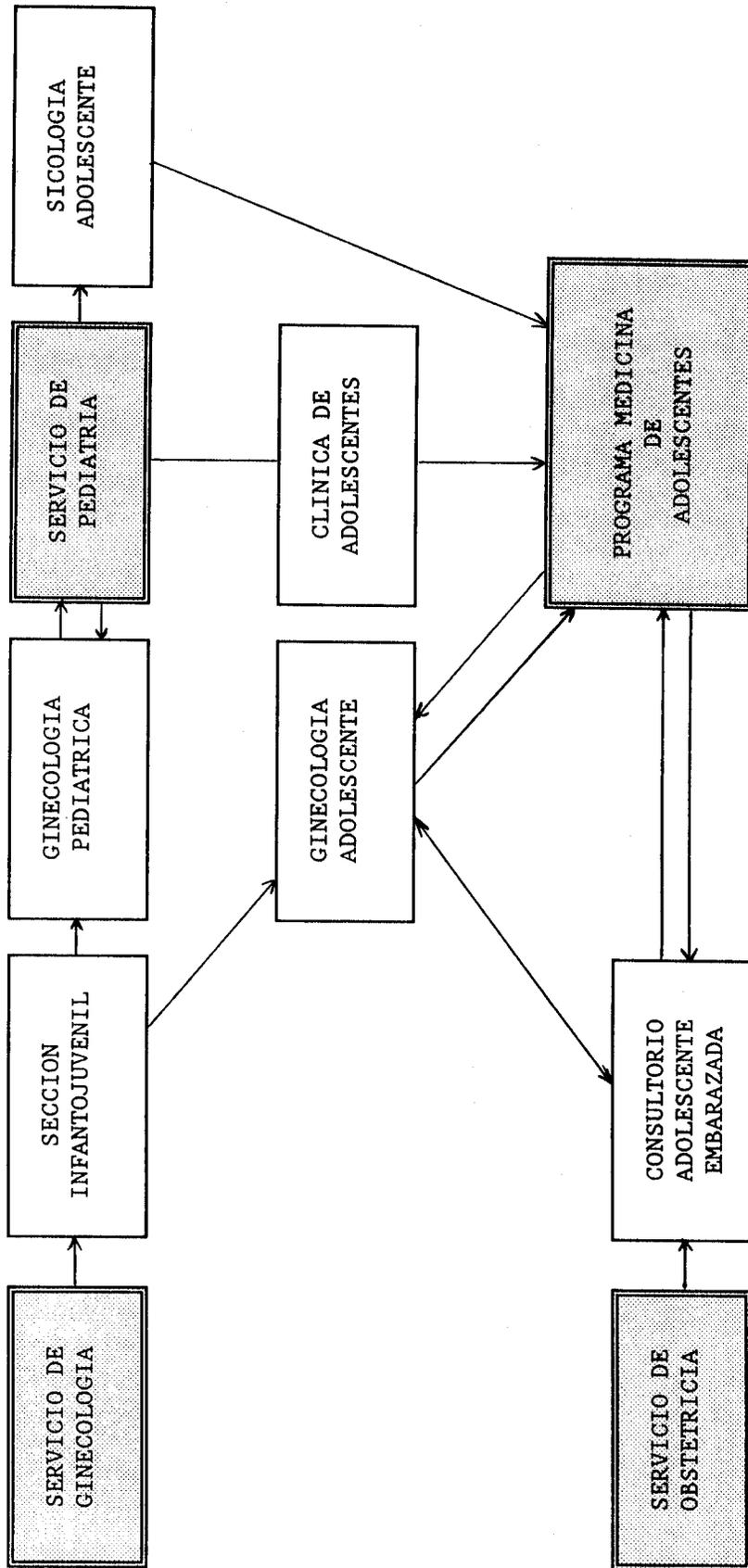
Se trata de una estructura independiente de otros consultorios que cuenta con una ventanilla de recepción y una sala de espera propia. El módulo consta de seis consultorios dispuestos longitudinalmente, y un pasillo que los interconecta.

---

<sup>2</sup> Ejemplos de otros Programas: SIDA, Hipertensión Arterial, etc.

Esquema 1

ESQUEMA DE LA INTEGRACION DE LOS SERVICIOS AL PROGRAMA



Cada consultorio tiene una entrada directa para los pacientes y otro acceso que da hacia el pasillo. Esta disposición facilita la comunicación del personal entre sí y la interconsulta. Existe también un espacio para el escritorio de la secretaria administrativa y un pequeño refectorio.

A la sala de espera se le ha dado un carácter propio mediante un vistoso mural, habiendo también una cartelera con anuncios de interés general para los usuarios. La independencia de esta sala permite que ella sólo sea frecuentada por los pacientes adolescentes y los adultos que los acompañan.

Los Consultorios, numerados de 1 a 6, aseguran una absoluta privacidad para el joven y el profesional, contando también con capacidad suficiente para permitir la entrada de uno o más acompañantes cuando es necesario. En su interior disponen de un espacio para vestidor separado por una cortina, un escritorio, sillas y una camilla.

De estos consultorios, uno está destinado al Servicio Social, dos a Clínica, dos a Salud Mental y uno a Ginecología.

El espacio físico contribuye así a que la entrevista se desarrolle en la mayor intimidad posible y el examen médico pueda realizarse en un ambiente calmo y sin interferencias.

Las características descritas son las adecuadas para el cumplimiento de la mayor parte de los postulados en la Organización Panamericana de la Salud con respecto a Planta Física para consultorios de atención de adolescentes.

Cuando nace el Programa (1987), los Coordinadores obtienen del Hospital un espacio en desuso con consultorios vacíos donde funcionar.

Partiendo de estas condiciones, mediante esfuerzos individuales se ha logrado ir equipando este lugar de modo tal que actualmente cuenta con lo necesario para el desarrollo de sus funciones.

Para hacer una enumeración taxativa de los elementos con que hoy se cuenta en el Programa se tomará como referencia una serie de estándares normativos elaborados por la Organización Panamericana de la Salud, las **"Condiciones de Eficiencia de la Atención Ambulatoria de Salud del Adolescente"**, las que son utilizadas tanto para orientar como para evaluar los Servicios de Salud correspondientes.

La O.P.S. y la O.M.S. definen "condiciones de eficiencia" como el "conjunto de características que deben reunir los recursos de un servicio para atender con eficiencia las necesidades de salud de una población" (1985).

La normativa agrupa estas características en ocho áreas:

1. Planta física.
2. Recursos materiales.
3. Recursos humanos.
4. Normas y procedimientos.
5. Programación y administración.
6. Suministros y servicios de apoyo.
7. Educación para la salud.
8. Participación social y servicios de la comunidad.

Se transcribirán estas condiciones, señalando la situación del Programa respecto de cada ítem.

### Referencias

- (+): el Programa cumple con este requisito  
(-): el Programa no cumple con este requisito  
(#): el Programa cumple parcialmente con este requisito  
(\*): el Programa supera lo requerido  
(H): existe en el Hospital, aunque no en el Programa.

#### 1. Planta física

- (+). Se dispone de consultorios aislados para la atención individual de pacientes.
- (+). Cada consultorio mide por lo menos 9 m<sup>2</sup>.
- (-). Cada consultorio dispone de lavamanos.
- (+). Existe en cada consultorio un biombo o cortina que divide el ambiente para vestuario del adolescente.
- (+). Hay una sala de espera exclusiva para adolescentes.
- (+). Hay espacio o sala de pesar, medir, etc., separada por un biombo o una cortina.
- (+). Hay sala de procedimientos.
- (#). Hay instalaciones para actividades docentes y/o reuniones de educación para la salud.
- (-). La iluminación natural es suficiente para las actividades diurnas corrientes.
- (+). Los pisos y paredes son de material lavable.
- (+). Existen servicios sanitarios para el público y para el personal.
- (+). Existen carteleras para colocar material educativo y/o anuncios.

#### 2. Recursos materiales

- (+). Cada consultorio cuenta con una mesa de examen, 2 sillas, 1 escritorio y un biombo o cortina.
- (+). El servicio dispone de una mesa de examen ginecológico con escalera, lámpara, mesa de curaciones y taburete cada 4 consultorios.

- (+). Hay balanza de pié con tallímetro.
- (+). Hay bajalenguas desechables o esterilizables.
- (+). Hay estetoscopio (1 por cada consultorio).
- (+). Hay tensiómetro (1 por cada consultorio).
- (+). Hay otoscopio y oftalmoscopio.
- (H). Se cuenta con medios para evaluar agudeza visual.
- (+). Hay espéculos de varios tamaños, desechables o esterilizables.
- (+). Hay un juego de espéculos de Pederson y Huffman.
- (+). Hay recipientes adecuados para desechos.
- (+). Dispone de archivos para documentos o historias clínicas.

### **3. Recursos humanos**

- (+). Existe Jefe del Servicio Ambulatorio.
- (+). Permanece el jefe durante todo el horario de atención del servicio.
- (\*). Dispone de un supervisor médico que se ha desempeñado por más de 3 años en servicios de adolescentes o tiene cursos de adolescencia de por lo menos 600 horas.
- (-). Hay una enfermera durante todas las horas de atención.
- (-). Todo el personal de enfermería tiene curso y certificado reconocido.
- (-). Todo el personal de supervisión de enfermería tiene capacitación en atención del adolescente.
- (\*). Hay trabajadora social disponible.
- (\*). Se dispone de sicólogo para la interconsulta.
- (\*). Se dispone de siquiatria para la interconsulta.
- (+). Se dispone de una nutricionista para la interconsulta.
- (+). Hay un funcionario de estadística y registros.
- (+). Hay personal para aseo y limpieza.

### **4. Normas y procedimientos**

- (+). Se dispone de normas escritas para la atención del adolescente en general (Historia clínica, examen físico, etc.).
- (+). Se asigna para la atención del paciente de primera vez un mínimo de media hora.
- (+). Se aplica criterio de riesgo en la prevención y tratamiento de la patología más frecuente.
- (+). Cada paciente tiene su historia clínica y anotaciones en cada consulta.
- (+). Se dispone de tablas estandarizadas para evaluar el crecimiento del adolescente.
- (+). Hay normas escritas para evaluar el desarrollo del adolescente.
- (+). Se utilizan los estudios de Tanner para determinar la madurez sexual del adolescente.
- (+). Hay normas escritas para el examen ginecológico.
- (+). Hay normas escritas de Planificación Familiar.
- (+). En cada consulta se toma, revisa y registra: peso (en gráfica normatizada), talla, presión sanguínea y pulso.
- (+). Motivo de la consulta.

- (+). Patología encontrada si la hay.
- (+). Plan de diagnóstico y tratamiento.
- (+). Cita de rutina cuando es necesario.
- (+). Hay procedimientos escritos para internación.
- (+). Hay normas escritas para la derivación de la emergencia (intento de suicidio, intoxicación, coma, crisis).
- (+). Hay normas escritas sobre los procedimientos a seguir cuando un adolescente ha sido víctima de abusos sexuales y/o físicos.
- (+). Hay normas escritas para el tratamiento de las principales patologías regionales.
- (+). Hay normas específicas para el tratamiento de las patologías más comunes del adolescente.
- (+). Existen normas escritas para la consulta de salud mental.
- (+). Existen normas escritas para la consulta con otros servicios y especialidades.
- (+). Existen normas sobre los aspectos éticos de la confidencialidad de la consulta.
- (-). Existen normas escritas para el trabajo de enfermería.
- (-). Se lleva registro diario de las actividades de enfermería.
- (+). Existen normas escritas para la consulta con el servicio social.
- (-). Se provee a cada paciente con hojas de instrucción según el tratamiento indicado.
- (+). Se realizan informes estadísticos diarios.
- (+). Se realizan informes estadísticos mensuales.

## 5. Programación y administración

- (+). Hay programa escrito con metas cuantitativas de las actividades de la atención ambulatoria de los adolescentes.
- (+). Dicho programa es conocido por el personal.
- (+). Se efectúa la evaluación periódica del cumplimiento del programa.
- (+). Hay reuniones periódicas del personal para discutir aspectos administrativos.
- (+). Hay reuniones científicas periódicas:
  - (+). de actualización.
  - (+) Bibliográficas.
  - (+) Discusión de casos.
  - (+) Interdisciplinarias.
- (+). Para determinar los criterios de riesgo en la atención y prevención de las patologías más frecuentes.
- (+). Las consultas de control son fijadas en agenda.
- (+). Existen mecanismos que permiten asegurar el seguimiento del paciente que necesita atención clínica ulterior.
- (+). Hay sistema organizado de referencia y contrareferencia con los niveles de mayor complejidad.
- (+). Hay posibilidad de interconsulta especializada (siquiatría, terapia familiar, ginecología, etc.).
- El consultorio atiende al público:
  - (+). En horario matutino (8-12).
  - (#). En horario vespertino (16-20).

## 6. Suministros y servicios de apoyo

- (#). Dispone de medicamentos en calidad, tipo y presentación adecuada.
- (+). Dispone de material de enfermería en cantidad suficiente y regular (gasa, alcohol, jeringas, etc.).
- (+). Dispone de guantes esterilizados para uso individual.
- (+). Dispone regularmente de elementos de limpieza.
- (+). Dispone de material de registro y estadística.
- (+). Dispone de material de escritorio (lápices, papel, etc.).
- (+). Dispone de material educativo.
- (+). Tiene provisión regular de ropa limpia y desechable.
- (+). Hay elementos para secarse las manos.
- (+). En los últimos tres meses estos elementos citados han estado disponibles.
- (+). Se dispone de un libro para citas.  
Se dispone de un mecanismo expedito para realizar los siguientes exámenes:
  - (H). Análisis de rutina en orina (labstix es aceptable).
  - (H). Análisis de rutina en sangre (hemograma).
  - (H). Análisis químico en sangre (Electrolitos, creatinina, etc.).
  - (H). Análisis para la detección de faringitis estreptocócica.
  - (H). Test para la detección de embarazo.
  - (H). Test para la detección de mononucleosis.
  - (-). Test para detectar Clamidias.
  - (H). Test para detectar gonorrea (teñido de Gram para los varones).
  - (H). Test para detectar Herpes Simple.
  - (H). Test para detectar sífilis (por lo menos campo oscuro).
  - (H). Test para la detección de SIDA.
  - (H). Test de Papanicolau.
  - (H). Análisis Parasitológico y bacteriológico en heces.
  - (H). Se dispone de un mecanismo expedito para el uso de Rayos X.

## 7. Educación para la salud

- (#). Se realizan actividades de educación para la salud en cada una de las consultas.
- (#). Se programan y se ofrecen regularmente reuniones de grupo para educación para la salud con temas fijos.  
Se orienta al adolescente respecto a:
  - (#). Como mantener su propia salud.
  - (#). Compartir con sus pares sus conocimientos respecto a la salud.  
Se enseña al adolescente mediante charlas y/o distribución de material escrito conceptos preventivos sobre:
    - (#). Crecimiento y desarrollo durante la adolescencia.
    - (#). Prevención de enfermedades de transmisión sexual.
    - (#). Educación sexual y uso de anticonceptivos.
    - (#). Aspectos adversos del uso de drogas (alcohol, cigarrillo, marihuana, etc.).
  - (#). Prevención de accidentes.  
Se orienta al adolescente, con el propósito de facilitar su mejor comprensión, respecto a:

- (#). Las características de la adolescencia que él está viviendo.
- (#). Las características de la interacción con su familia.
- (#). Las características de la interacción con sus pares.  
Se enseña al adolescente como utilizar los servicios y actividades ofrecidas por:
  - (#). La escuela.
  - (#). Los servicios de salud.
  - (#). La comunidad.
 Se le enseña al adolescente como conectarse con:
  - (#). Los servicios de salud.
  - (#). Los servicios de Protección Legal.
 Se orienta a la familia del adolescente mediante charlas y/o entrega de material escrito sobre:
  - (#). Como actuar con un adolescente sano.
  - (#). Los cuidados a desarrollar con un adolescente enfermo (en función de la patología que presenta).
  - (#). Se consulta periódicamente al adolescente sobre los temas de salud que desea conocer.
  - (#). Se revisa periódicamente el material educativo en cuanto a su oportunidad y adecuación.
  - (#). Realiza el Servicio actividades de educación para la salud en las escuelas del área.

#### **8. Servicios de la comunidad y participación comunitaria**

- (-). Existe una interrelación con las escuelas del área para la referencia y contrarreferencia de los adolescentes con problemas de salud.
- (-). Existen mecanismos establecidos que permiten al Servicio solicitar información a los institutos educacionales sobre el rendimiento escolar de los pacientes adolescentes.  
Se brinda orientación a los profesores de las escuelas del área sobre:
  - (+). Cuidados primarios de la salud.
  - (#). Como detectar patología mínima (visual, de conducta, del aprendizaje). Está conectado el Servicio mediante un sistema de referencia y contrarreferencia con servicios o grupos de la comunidad de apoyo y/o tratamiento de determinados problemas de salud del adolescente:
    - (-). Antialcohólicos.
    - (-). Para combatir la FÁRMACO Dependencia.
    - (-). Para el tratamiento de los problemas nutricionales.
    - (-). De Rehabilitación Física.
    - (+). De apoyo psicológico del adolescente y su familia.
    - (+). De terapia psiquiátrica.
    - (+). De atención prenatal.
    - (+). De medicina escolar.
  - (+). Está el Servicio conectado con las Organizaciones Locales de la Comunidad (Club, Comisiones Vecinales, etc.).
  - (+). El Servicio está conectado con Organizaciones no Gubernamentales dedicadas a la adolescencia (Fundaciones, etc.).

- (+). El Servicio está conectado con los Servicios de Protección Legal del Adolescente y el Menor.
- (+). Existen mecanismos que permiten la incorporación del adolescente como voluntario a algunas actividades del Servicio.
- (+). El adolescente puede participar en el diagnóstico y programación de algunas actividades del Servicio.
- (-). Existe alguna forma establecida de evaluación periódica del servicio por la comunidad.
- (-). Si como resultados de la evaluación del servicio por la comunidad se solicitan cambios, éstos se incorporan.

## **ORGANIZACION**

### **1. Estructura Administrativa**

Cada uno de los profesionales que se desempeña en el Programa es nombrado por su respectiva Cátedra de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y depende de ella, cumpliendo funciones asistenciales y docentes en aquel. Pero el Programa depende administrativamente de la Dirección del Hospital, la que designa el **Coordinador General** del mismo. Este cargo es rotatorio y recae cada año en uno de los Coordinadores de Área -Ginecología, Obstetricia, Clínica y Salud Mental-, quienes de esta manera se alternan en la función. Sus funciones específicas son fundamentalmente administrativas, en directa relación con las secretarías; constituye el vínculo entre el Programa y la Dirección del Hospital; además, le corresponde coordinar el curso de postgrado que se organiza todos los años.

Los mecanismos de integración adoptados entre las áreas son los siguientes:

**Reuniones de Coordinadores de área:** Semanalmente éstos se reúnen para organizar las tareas docentes y de investigación, hacer evaluaciones del funcionamiento del Programa, resolver los problemas administrativos que se presentan, mantener las relaciones del Programa con organismos oficiales nacionales y extranjeros, etc.

**Asambleas administrativas:** Se efectúan cada tres meses, y participan de ellas todos los integrantes del Programa, tanto profesionales como administrativos (excepto los alumnos y médicos rotantes). En ellas se analiza en forma conjunta el funcionamiento del mismo, y se discuten y resuelven las dificultades que pueden surgir en el equipo.

**Ateneos:** General y por áreas: Ver Función Docente.

## **2. Recursos materiales y financieros**

Estos provienen de diversas fuentes, según se detalla a continuación.

La planta física donde funciona el Programa pertenece al Hospital, pero los consultorios se han ido equipando con aportes obtenidos por los Coordinadores en forma privada.

Actualmente en el Hospital de Clínicas todas las prestaciones están aranceladas (en un monto mínimo), ya sea las consultas externas, las internaciones clínicas o quirúrgicas, y los exámenes complementarios.

Los recursos obtenidos de esta manera por los distintos servicios deben ser remitidos diariamente a la Administración Central del Hospital, la cual, como contraprestación, atenderá las necesidades básicas que dichos servicios presenten. Dadas las urgencias financieras que periódicamente la Administración Central presenta, esta contraprestación se cumple muy limitadamente. Por ello, los Coordinadores han debido recurrir a dos Fundaciones privadas -Fundación Garrahan, que apoya al niño y el adolescente desnutrido, y Fundación Alumbrar, que se ocupa de las adolescentes solteras embarazadas- de las cuales obtuvieron respaldo legal y financiero para poder mantener en un nivel aceptable el funcionamiento del Programa (cuatro sueldos, mantenimiento, actividad docente).

Esta ayuda se materializa a través de otro bono que, como contribución voluntaria, se solicita a los pacientes para las Fundaciones, junto con el arancel hospitalario obligatorio. (La asistente social exime del pago a los pacientes con dificultades económicas). Por otro lado, por gestiones personales de los Coordinadores se obtuvo de laboratorios medicinales y de otras Fundaciones diversos aportes anuales, a veces renovables, destinados a becar a profesionales no rentados y a compras para equipamiento. Estas contribuciones fueron:

- De Laboratorio Johnson y Johnson, desde 1987, 5 becas renovables para profesionales, de 100 dólares mensuales cada una.
- De Fundación Bunge y Born, desde 1990, una beca (no renovable).
- De Banco de Boston, desde 1990, una beca (no renovable).
- De Fundación Roca, una máquina de escribir eléctrica, 4 ventiladores y 1 heladera.

## **3. Recursos humanos**

Actualmente (marzo 1991) el Programa está constituido por el siguiente personal (en total 35 personas):

<b>Asistencia Social</b> (2)	{ D. Villegas** M.J. Fachini**	
<b>Salud Mental</b> (12)	{ Dr. R. Yunes* Dr. J. De Miguel Dra. I. Pinter Dr. J. Capristo Lic. R. Sklarkiewicz Lic. L. Espina Lic. L. Gómez Vaccaro** Lic. M.T. Battaglia Lic. S. Calvo Lic. R. Ghigliani Lic. S. Helou Lic. B. Savich	{ Siquiatras        Sicopedagogas Terapista Familiar
<b>Tocoginecología</b> (9)	{ Dr. J.M. Mendez Ribas* Dra. B. Pereyra Pacheco** Dra. A. Coll* Dra. K. Siemszko** Dr. J. Pellegrino** Dra. R. Sussman** Dra. A. Di Notto** Dra. S. Wittis Dra. M. Arrascaeta	
<b>Clinica General</b> (10)	{ Dr. G. Girard* Dra. E. Ledesma Dr. E. Becerra*** Dr. M. Serantes Dr. C. Ruiz Dr. J. Franceschi*** Dra. R. Savaglio Dra. P. Goddard Dra. A. Juffe Dra. P. Ferrari	{          Nutricionista Endocrinóloga
<b>Personal Administrativo</b> (2)	{ Alejandra Rivero* Marcela G.*	

La situación salarial del personal es la siguiente:

- Señalados con \* : son rentados por el Hospital (6).
- Señalados con \*\* : son becados por una Fundación Privada (8).
- Señalados con \*\*\* : son auxiliares docentes de la Facultad (2).
- No señalados : no rentados (19).

## **LAS FUNCIONES**

El Programa, coherente con su pertenencia a un Hospital Universitario, desarrolla las siguientes funciones:

- I Función Asistencial
- II Función Docente
- III Investigación
- IV Acción hacia la comunidad

### **A. Función Asistencial**

**Población atendida:** El Hospital de Clínicas está ubicado en la zona Centro de la ciudad, pertenece a la Universidad de Buenos Aires, y es un centro de consulta y referencia, características que explican la heterogeneidad de la población en él atendida. Se trata de pacientes que desde el punto de vista socioeconómico pertenecen en general a un nivel medio-bajo, matizado por concurrentes de nivel bajo que provienen en su mayoría del Gran Buenos Aires demandando una atención más especializada que la que se encuentra en sus lugares de residencia.

Los **servicios asistenciales** que se brinda en el Programa son:

- atención clínica;
- atención ginecológica;
- atención obstétrica;
- atención en salud mental;
- servicio social.

Se atiende a adolescentes de ambos sexos entre 10 y 20 años de edad.<sup>3</sup>

Funciona de lunes a viernes de 8 a 12 horas, y a partir del último año también los días miércoles por la tarde.

Se cuenta diariamente con la presencia de por lo menos un profesional de cada disciplina, además de dos Secretarias capacitadas para la atención de los adolescentes.

Los pacientes pueden solicitar un turno personal o telefónicamente, o ser atendidos en orden de llegada, para lo cual deben concurrir antes de las 10 horas.

Cuando el adolescente acude al Programa es recibido en ventanilla por la secretaria; ésta le pregunta acerca del motivo

---

<sup>3</sup> Con el fin de unificar criterios, se han adoptado las normas de la O.M.S. en cuanto a considerar estas edades como límites de la adolescencia, para fines estadísticos y de Programas de Salud Pública.

de la consulta (clínico, psicológico o tocoginecológico) y, si aquel concurre por primera vez, encabeza la ficha correspondiente y le explica brevemente el funcionamiento del Programa, entregándole un folleto donde se resume las características del mismo y lo que ofrece al paciente. Luego el joven pasa a ser entrevistado por la asistente social (si el número de pacientes de primera vez lo permite) quien levanta una Historia Clínica Social, y entonces es derivado, de acuerdo al motivo de consulta, al profesional del área correspondiente. A su vez, si éste lo considera necesario, hará ese mismo día la interconsulta con otro especialista, o bien una entrevista conjunta.

Con esta metodología el médico recibe al paciente de primera vez bien orientado y conociendo ya las características del Programa, contando al mismo tiempo el profesional con su Ficha Social. Esto es de suma importancia porque datos relevantes que, inciden en la patología tales como lugar de procedencia, nivel sociocultural, estructura familiar, tipo de vivienda, escolaridad, información sexual, ocupación, etc., ya constan en la Historia del adolescente y de este modo el médico, no habituado a hacer este tipo de preguntas, obtiene un rico material de datos que le permite conocer mucho más a quien tiene delante de sí. De esta manera, cuando se completa la Historia Clínica con los aspectos médicos -lo que puede suceder en dos o tres entrevistas según la complejidad del motivo de consulta- se consigue una comprensión más global del paciente, y frecuentemente a través de un motivo de consulta aparentemente banal, se obtienen datos de una problemática más seria y profunda que muchas veces el adolescente no se anima a expresar.

Con respecto a la **Historia Clínica**, todavía cada área del Programa lleva la misma que utilizaba cuando funcionaban separadamente. Pero desde octubre de 1990 el equipo está conformando una Historia Clínica común; ésta, además de evitar que se requiera al paciente más de una vez los mismos datos, permite al médico tener una visión más integral del mismo al contar con los informes de los otros profesionales en el momento de la consulta. Para ello se formó una comisión con un representante de cada área, la que estudió el problema durante seis meses confeccionando finalmente una **Historia Clínica Integral**, preparada para ser procesada en computadora. Esta ficha está actualmente en período de prueba por otros seis meses, con el fin de eliminar los posibles errores que se detecten en su aplicación, dada la complejidad de levantar una Historia de características multidisciplinarias.

Además de las consultas individuales, el Programa ha incorporado también la modalidad de **atención grupal**. Esto sucede especialmente en el área de Salud Mental, donde funcionan grupos sicoterapéuticos de adolescentes, de familia y de orientación vocacional.

En el área de Ginecología, un motivo frecuente de consulta que aparece en forma directa o encubierta, es la necesidad de información sobre métodos anticonceptivos. Actualmente en el Programa esta información se transmite a los adolescentes en grupos, mediante charlas didácticas con diapositivas dictadas dos veces por mes por un equipo estable (dos ginecólogos, un clínico y una sicóloga). Por un lado, la organización de estos grupos resulta más conveniente que una explicación individual porque implica ahorro de tiempo para los profesionales; por el otro, se obtiene un mayor beneficio cuando la información es transmitida a grupos de pares, generándose una mayor riqueza en las preguntas y en el diálogo. Finalmente, obtenida la información, la decisión del método a adoptar en cada caso la tomará la paciente, muchas veces acompañada de su pareja, en la consulta individual con el ginecólogo que la asiste.

La exigencia asistencial que produce la presencia de patologías graves en la adolescencia -especialmente en el área de salud mental- obligó a pensar en otras modalidades terapéuticas. Una de ellas es lo que se denominó "**Clínicas especializadas**", y consiste en un equipo formado por profesionales de las distintas áreas que se reúne periódicamente para tratar una determinada patología. La primera de estas clínicas (y única en funcionamiento por ahora) es la de **anorexia nerviosa y bulimia**, patología grave y típica de la adolescencia, de muy variadas facetas de presentación, y que por sus características sicopatológicas suele movilizar mucho a los profesionales actuantes.

Esta Clínica especializada está integrada por:

- . 1 médico psiquiatra, que la coordina,
- . 1 médico clínico,
- . 1 nutricionista,
- . 1 ginecólogo,
- . 1 terapeuta familiar,
- . 1 sicóloga,
- . 1 trabajadora social.

Este grupo se reúne quincenalmente y allí se presentan los casos nuevos, se discute la evolución de los pacientes en tratamiento y se revisa la bibliografía sobre el tema. En esta forma conjunta se trabaja el tema de la anorexia nerviosa y bulimia desde mayo de 1990.

El Programa, al estar física y administrativamente integrado al Hospital, obviamente utiliza todos los recursos útiles para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que éste le ofrece. De tal manera, cuando un paciente del Programa debe ser internado, ésto se realiza en los servicios correspondientes (pediatría, ginecología y obstetricia) de acuerdo a su patología, tratando de

efectuar una separación física con los pacientes de otros grupos etéreos.<sup>4</sup>

Asimismo, el Programa utiliza el Laboratorio Central del Hospital, donde se puede efectuar la mayoría de los análisis de rutina necesarios.

También el Departamento de Imágenes posee la infraestructura técnica adecuada: radiología general y especializada, ecografía y tomografía computada.

### Resumen de consultas por área

Con esta metodología, desde que nace el Programa en 1987 hasta diciembre de 1990 han sido efectuadas 22.333 consultas (primera y más veces) según el siguiente cuadro:

Cuadro 1

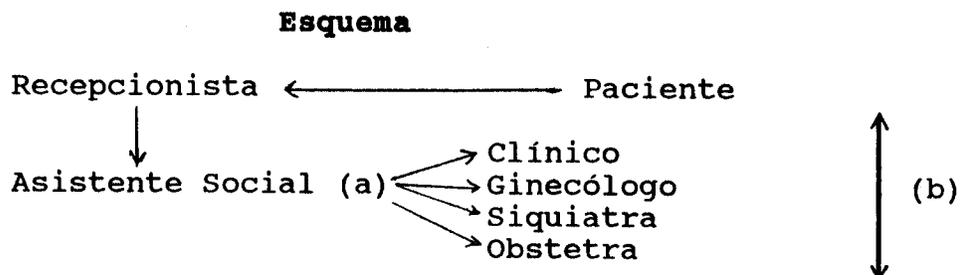
	87-88	Años 88-89	89-90
Clínica	1712	2162	2612
Ginecología	1564 (a)	2348	3132
Obstetricia	438 (b)	826	1214
Salud Mental	867	1735	2744
Asistencia Social	467	593	718
<b>Totales</b>	<b>4249</b>	<b>7664</b>	<b>10420 = 22333</b>

- (a) Pasó de atender dos veces por semana a cinco veces por semana.  
(b) Atiende dos veces por semana.

<sup>4</sup> No existe aún en el Hospital internación de pacientes siquiátricos; para cubrirla, el Programa se encuentra interconectado con el Hospital Alvear, actualmente destinado en su totalidad a Salud Mental.

## Esquema 2

### Metodología de atención



- (a) Efecto multidisciplinario
- (b) Efecto interdisciplinario

#### B. Docencia

Como ya se mencionó en la reseña histórica, esta función que los respectivos consultorios especializados en adolescencia ejercieron desde sus orígenes, se encara más sistemáticamente cuando en 1983 se crea la **Unidad Docente**, abarcando niveles de pre y post-grado, siendo este último el preponderante.

La actividad docente ha ido incrementando su importancia dentro del Programa, distinguiendo a este centro de otros existentes en el país orientados a la adolescencia, ya que esta actividad es específica de un hospital universitario. A su vez, se ve facilitada porque los cuatro Coordinadores del Programa son docentes de carrera en la Facultad de Medicina.

En el nivel de **pre-grado**, se dictan clases de medicina de adolescentes a los alumnos de la Facultad que cursan las materias de Ginecología y Pediatría, quedando así este tema incorporado a los curricula de dichas materias. La enseñanza de pre-grado se completa mediante talleres motivacionales llamados **Módulos de Atención Primaria -M.A.P.-** destinados a alumnos de primer año de la Facultad para que tomen contacto con la realidad médico social de la población en general y de los adolescentes en particular. Estos talleres consisten en módulos de ocho días de clases con tres horas de actividad por día. En ellos se transmite básicamente conocimientos acerca del sistema de atención implementado en el Programa, enfatizando en:

1. las características de la relación médico-adolescente;
2. el beneficio del trabajo multi e interdisciplinario;
3. la importancia del enfoque global del paciente.

La actividad de **post-grado** está destinada a profesionales -médicos, sicólogos y trabajadores sociales- de la Capital, del

interior y del exterior del país, cuyo objetivo preferencial sea crear algún tipo de consultorio para la atención de adolescentes en sus lugares de trabajo, o perfeccionarse si éste ya está en funcionamiento.

Hasta el presente, por limitaciones de tiempo, espacio y recursos, esta actividad está organizada en forma de pasantías o rotaciones de un mes como mínimo. La asistencia es diaria y obligatoria, cumpliendo el alumno de acuerdo a su especialidad el 60% del tiempo en una disciplina (clínica, ginecología o salud mental) y el 40%, rotando en las otras áreas. El objetivo es que adquiera una visión integral del adolescente y que internalice el sentido del trabajo en equipo.

El alumno participa también de todas las reuniones académicas intra y extra-hospitalarias que se organicen sobre el tema mientras dure su rotación. Si la misma se prolonga por más de un mes, en general participa de algún trabajo de investigación en marcha (Listado de rotantes; anexo 1).

**Curso intensivo anual:** Si bien desde los orígenes de los consultorios especializados (1975) se dictaron diversos cursos, de distintas características metodológicas, referidos a la atención médica de los adolescentes, es en 1989 cuando el Programa implementa un **curso integral** en el cual se aborda temas referidos a las cuatro áreas, explicitando la metodología multi e interdisciplinaria fundamentalmente a través de clases teóricas, comentarios de historias clínicas y talleres de discusión. Este curso se dicta una vez al año, durante una semana en horario continuo (40 horas docentes), concurriendo aproximadamente 100 alumnos del país y del exterior (Programas de cursos; anexo 2).

**Ateneos:** Como actividad permanente del Programa, tienen lugar dos tipos de ateneos.

**Ateneos por área:** Son quincenales los de Clínica y Tocoginecología y semanales los de Salud Mental.

**Ateneos generales:** Son quincenales, y en ellos se trata el funcionamiento del grupo, discusión de casos clínicos, revisión bibliográfica; también se lleva a cabo clases dictadas por invitados especiales sobre distintos temas. Además de los profesionales estables del Programa, asisten a estos Ateneos los alumnos del M.A.P. y los de post-grado.

Otra forma de docencia se realiza mediante la participación de los docentes del Programa en cursos de post-grado, simposios, seminarios y congresos dentro del país y en el extranjero, organizados por distintas sociedades médicas.

Los Coordinadores del Programa también han participado como docentes u organizadores en congresos de la especialidad,

particularmente en el área de Ginecología (seis Congresos Nacionales y dos Latinoamericanos de Ginecología Infanto Juvenil).

### C. Investigación

Como ya fue explicitado, desde sus orígenes los Consultores especializados en atención de adolescentes del Hospital de Clínicas realizaron la triple función de asistencia, docencia e investigación.

En lo que respecta a la investigación, desde 1973, año en que se crea el primer Consultorio, hasta la actualidad, fueron numerosas las investigaciones clínicas realizadas, algunas con subsidios, especialmente en el área de Ginecología.

La mayor parte de estas investigaciones fueron publicadas en revistas locales (Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Revista Argentina de Pediatría y Sinopsis Obstétrico-Ginecológica), latinoamericanas (Obstetricia y Ginecología Latinoamericana y Revista Colombiana de Medicina), europeas (Revista Española de Fertilidad) y norteamericanas (Adolescents and Pediatric Gynecology).<sup>5</sup>

Además, fueron realizadas numerosas exposiciones científicas en diferentes reuniones societarias, simposios y congresos de la especialidad tanto nacionales como extranjeros.

Desde 1987, una vez afianzado el Programa en lo asistencial y en lo docente, se comenzó a planear investigaciones a nivel multidisciplinario. En este tema, algunas de las dificultades encontradas se deben a que el plantel profesional que integra el Programa, al provenir de diferentes servicios que otorgan distinto lugar a la investigación, presentan aptitudes y vocaciones disímiles frente a esta actividad.

Es así que recién en la actualidad se están llevando a cabo los primeros trabajos que agrupan a algunas de las áreas -Ginecología con Obstetricia, Obstetricia con Clínica, Trabajo Social con Salud Mental-, pero no todavía investigaciones que integren a todas las áreas del Programa.

### D. Acción hacia la comunidad

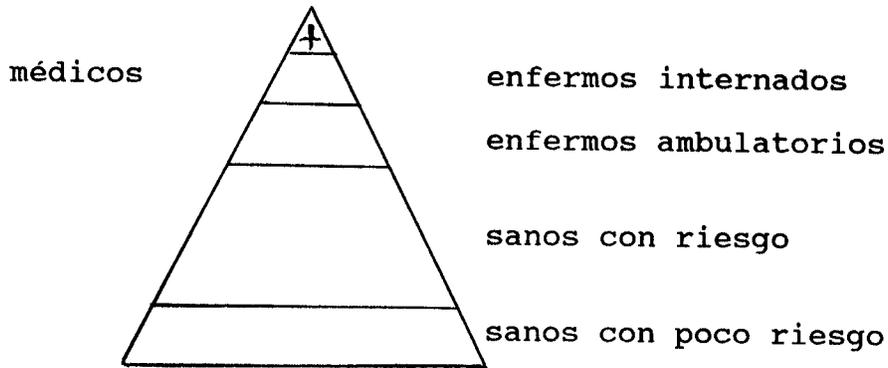
Una de las acciones que se ha propuesto cumplir el Programa es la acción comunitaria, actividad que significa encarar la **prevención** y el trabajo con el **adolescente sano** como parte de una propuesta de salud hacia la adolescencia.

---

<sup>5</sup> Para una información más exhaustiva acerca de los trabajos publicados por el Programa, el interesado puede dirigirse al Index Medicus o a los Coordinadores del Programa.

El esquema siguiente grafica en forma elocuente los segmentos de población adolescente sana y la que demanda atención en salud. Como puede observarse, solamente el vértice de la pirámide está cubierto por la atención médica de este grupo etéreo, quedando una amplia franja especialmente referida a los adolescentes sanos con riesgo que no estaría suficientemente atendida ni evaluada.

**Esquema 3**



Por ello, un Programa de estas características no puede desconocer la importancia de la extensión hacia la comunidad, máxime cuando la población destinataria es el adolescente. En este período, crucial para la educación para la salud, toda acción preventiva adquiere un carácter formativo.

Es así que dentro de la planificación de las etapas a cumplir en el Programa (ver cuadro 5, pág. 45) aparece la acción comunitaria como una función con metas definidas a alcanzar. Pese a ello, aunque el Programa ya tiene 4 años de funcionamiento, en este ítem se está recién en la primera etapa, solamente referida a actividades escolares. Es decir, salidas en forma individual o en grupo a diversos colegios que solicitan clases de educación sexual para sus alumnos. Estos pedidos, en general, no son realizados formalmente al programa, sino que se concretan por relación directa de los miembros del Programa con los Directores de las escuelas.

De todos modos, el criterio ha sido uniformar los conocimientos y la forma en que se imparten, y en este sentido ya se ha normatizado y publicado una metodología de trabajo, el "Plan Continuo de Educación Sexual para Adolescentes" (1988) (Anexo 3).

Las dificultades para que éstas y otras acciones comunitarias se extiendan residen fundamentalmente en tres razones:

1. Falta de formación de los médicos en general para realizar acción comunitaria.
2. Número insuficiente de trabajadores sociales para realizar

3. Falta de presupuesto que permita formar grupos de trabajo fuera de las horas asistenciales.

De cualquier modo, como parte de la Función Docente que cumple el Programa, los profesionales que se forman en la especialidad de adolescencia tienen oportunidad de tomar contacto con el adolescente sano al asistir junto con los equipos del Programa a las actividades educativas que se imparten en los colegios.

Por eso es importante, también desde el punto de vista de la formación profesional, que esta actividad pueda desarrollarse con una mayor continuidad.

## **LAS AREAS**

Las cuatro áreas que componen el Programa (Ginecología, Obstetricia, Salud Mental y Clínica), participan de igual manera en todas las funciones del mismo.

En cuanto a su quehacer específico, cada una posee características distintas determinadas por la especialidad correspondiente, y también por depender de diferentes Servicios del Hospital con disímiles enfoques de trabajo. (Esto determinó, como se vió en la Reseña Histórica, momentos y formas distintos de inserción en el Programa).

Los resultados y avances que cada disciplina ha logrado no son materia de este informe. Pero sí pueden consignarse algunos puntos del quehacer propio de cada área a partir del compromiso con un sistema común de atención a los adolescentes.

## **GINECOLOGIA**

La Ginecología es una especialidad que siempre atendió y atenderá la salud reproductiva de las adolescentes, ya que en esta etapa de la vida tiene gran relevancia el desarrollo y funcionamiento del aparato genital de la mujer. Es por ello que este área no puede faltar en ningún programa destinado a atender a este grupo etáreo, y cuanto más especializados sean los recursos humanos y mejor equipados estén los consultorios, mejores serán los resultados que se obtendrán.

Actualmente, el ginecólogo moderno que atiende adolescentes que han comenzado su actividad sexual, debe enfatizar su accionar en tres puntos:

- . Prevenir las enfermedades de transmisión sexual.
- . Evitar el embarazo no deseado.
- . Prevenir las enfermedades oncológicas, especialmente el cáncer de cuello uterino (por estar epidemiológicamente muy relacionado con las infecciones genitales virales y la actividad sexual precoz).

Como ya se explicó en las funciones del Programa, algunas de estas actividades se realizan a través de los grupos de educación sexual; además, el consultorio posee el equipamiento con que se debe contar para la prevención y diagnóstico de los procesos anteriormente enunciados. Estos elementos son:

- . Exámenes de Papanicolau de rutina realizados por un citopatólogo competente, con los que se realiza un screening de la población atendida.
- . Un colposcopio para detección precoz de lesiones virales o precursoras del cáncer de cuello uterino.
- . Un bacteriólogo idóneo (dentro o cerca del lugar de trabajo) para el diagnóstico oportuno de las enfermedades de transmisión sexual.
- . Ginecólogos entrenados en la atención de adolescentes para lo cual deben poseer, además de la formación propia de la especialidad, conocimientos de psicología evolutiva, crecimiento y desarrollo, y endocrinología de la pubertad. Es conveniente que alguno de ellos tenga entrenamiento quirúrgico para la resolución de la patología mamaria, malformaciones genitales y las urgencias quirúrgicas tocoginecológicas.

Como orientación general, se transcriben los motivos de consulta más frecuente atendidos con la metodología ya descrita:

#### Cuadro 2

##### Motivos de consulta y su incidencia en el total de las consultas del Area de Ginecología

---

Transtornos menstruales	31.4 %
Anticoncepción	14.6 %
Flujo genital	11.0 %
Patología vulvocervical	6.5 %
Control en Salud	6.3 %
Patología mamaria	4.3 %
Embarazo	3.7 %

#### Otros

Retraso de crecimiento,  
malformaciones genitales,  
tumores de ovario,  
endometriosis,  
transtornos urinarios,  
patología abdominal,  
abuso sexual,  
disfunción sexual,  
esterilidad,  
interconsultas.

---

## OBSTETRICIA

Como ya fue explicado, el incremento de los embarazos en las adolescentes motivó la creación del Consultorio respectivo en la Cátedra de Obstetricia.

Este área cuenta con una sola médica obstetra y aún no se ha podido incrementar su plantel profesional (debido a lo cual se integra a las reuniones de Ginecología). Pese a ello, con la ayuda del área de Ginecología, las trabajadoras sociales y el equipo de Salud Mental, la atención es muy satisfactoria.

Las adolescentes embarazadas llegan a veces directamente a la consulta con la médica obstetra y otras veces son derivadas por los ginecólogos o clínicos.

Una vez integrada la paciente recibe una atención especializada, enfatizándose en los controles prenatales y en los aspectos sicosociales a resolver. Las clases de preparación de parto se llevan a cabo en grupos exclusivos de adolescentes, coordinados por la obstetra y una sicóloga. Los partos son atendidos en la Cátedra de Obstetricia por el médico de guardia (médicos residentes) quien lo hace bajo normas regladas establecidas previamente por el área.

Sobre 1000 partos anuales atendidos en el Hospital, un 15% son madres menores de 20 años, y un 4,5% corresponde a menores de 16 años.

Algunas características de las menores de 16 años son:

- . 40% escolaridad primaria incompleta
- . 30% viven en condiciones precarias
- . 60% no tienen pareja estable
- . 70% se embarazan durante el primer año de relaciones sexuales
- . 10% tienen un año de edad ginecológica (E.G.)
- . 74% son partos normales
- . 9% fórceps
- . 16% cesáreas

Las pacientes con adecuado control prenatal registran, comparativamente con aquellas sin o con escaso control, una incidencia significativamente más baja de parto pretérmino, una menor frecuencia de operativa obstétrica y un aumento del peso promedio de los recién nacidos.

De la experiencia acumulada y en coincidencia con la opinión de diversos especialistas, el problema del embarazo en la adolescencia es enfocado no sólo como una cuestión de cifras o resultados médicos, sino fundamentalmente relacionado con las posibilidades de desarrollo personal y proyectos de vida. Los

obstetras suelen prestar muchísima importancia al Alto Riesgo Biológico del embarazo en la adolescente, sin tener en cuenta muchas veces otros factores además de la edad cronológica. En el Programa se demuestra que una adecuada atención sico-socio-física del proceso de fecundidad en la adolescencia permite obtener resultados perinatales iguales o mejores que los de la edad comprendida entre 20 y 25 años, considerada la óptima para tener hijos.

De todo lo anterior se desprende que la atención de las adolescentes embarazadas, en programas especiales, por equipos interdisciplinarios que toman en cuenta los factores sicosociales influyentes en el proceso de gestación, permite que, además de mejorar los resultados perinatales, las jóvenes madres puedan tener para ellas y sus hijos un proyecto de vida digno.

En el tema **Salud Reproductiva** el Programa, a través del Area de Obstetricia, actúa a tres niveles:

**Acción primaria:** A través de la consulta se transmite a nivel individual y grupal conocimientos de una sexualidad sana y responsable. Conocida la iniciación de relaciones sexuales, se previene el embarazo inoportuno impartiendo adecuada información anticonceptiva, enfatizándose en el tema con los grupos de riesgo sicosocial. Se implementa dentro de lo posible la salida a la comunidad (colegios), ofreciendo asesoramiento para padres y clases de educación sexual para jóvenes sanos.

**Acción secundaria:** Ocurrido el embarazo, se tratará de limitar la gravedad del problema, brindando asesoramiento adecuado para esa situación a la adolescente, familia, pareja o mayor responsable si existiera, para que la paciente pueda finalmente tomar una decisión personal con más elementos de juicio.

a) Si decide continuar con el embarazo se le otorga atención obstétrica especializada. Se prepara a ella, el padre (si está presente) y a la familia para el nacimiento y la crianza. Si decide darlo en adopción, la visitadora social brinda su experiencia para el imprescindible asesoramiento. La sicóloga evalúa el beneficio de esa actitud.

b) Si decide interrumpirlo, se informa a la paciente en qué consiste la intervención, sus riesgos y posibles complicaciones, el carácter ilegal de la misma y su penalidad de acuerdo a las leyes vigentes; si pese a ello hace la intervención, encontrará luego en el consultorio un médico receptivo dispuesto a ayudarla nuevamente.

**Acción terciaria:** Consiste en las medidas a adoptar para asegurar el futuro del niño y sus padres. Aquí intervienen principalmente el Servicio Social y las diversas instituciones dedicadas a la asistencia de las menores (hogares maternos), quienes deben

administrar el adecuado apoyo para evitar la marginación de estas adolescentes a nivel escolar y laboral. En este sentido, una de las fundaciones que ayuda financieramente al Programa (ALUMBRAR) mantiene un hogar con madres adolescentes solteras a las que brinda atención médica, hospedaje y alimentación, atención del parto y luego salida laboral. El Programa envía allí a las pacientes de esa condición.

## **SALUD MENTAL**

El plantel profesional de este área está formado por especialistas que provienen de distintas escuelas, con marcos teórico-prácticos diversos. Esta característica permite cubrir adecuadamente el espectro dentro de la Salud Mental, abordando a cada paciente con los recursos terapéuticos más apropiados para la resolución de su problemática. Se trabaja con las siguientes técnicas:

- . terapia familiar
- . terapia vincular
- . terapia grupal
- . orientación vocacional
- . orientación a padres
- . sicopedagogía.

Pero debido a esta misma diversidad de enfoque terapéutico, no ha sido tarea fácil la coordinación del trabajo del área y su integración con el resto del Programa. Por el contrario, implicó un proceso conflictivo donde la labor del Coordinador ha sido ardua e importante hasta lograr el ajuste del plantel alrededor de las decisiones que se toman sobre su funcionamiento. Para ello, hubo que revisar los estilos de trabajo partiendo por establecer un lenguaje más claro y exacto que facilitara la comunicación, así como flexibilizar los distintos criterios de encuadre.

Luego de dos años de trabajo con reuniones grupales semanales, se logró consolidar el equipo y también una más fluida comunicación con las otras áreas.

En el siguiente cuadro se analizan por especialidad las entrevistas realizadas por Salud Mental durante 1990.

**Cuadro 3**

-----  
**Area de Sicopatología**  
 -----

Total de entrevistas	2745	Primera vez:	486 entrevistas
		Segunda y más veces:	2259 entrevistas
Terapia grupal	231		
Terapia individual	1517		
Terapia vincular	257		
Terapia familiar	520		
Entrevistas sicopedagógicas	508		
		Orientación vocacional	129
		Trastornos de aprendizaje	135
		Entrevistas con la familia	244

-----

**CLINICA**

En este Programa los médicos que se ocupan de la clínica general son pediatras de formación. Al comienzo (1978) costó encontrar pediatras con vocación por la medicina de adolescentes pero con el crecimiento y mejor conocimiento de la especialidad a través de los cursos que organiza la Sociedad Argentina de Pediatría, en la actualidad el número de especialistas no es tan crítico a nivel general. El Programa está bien cubierto con 10 médicos mientras se atiende sólo por la mañana, integrando este plantel un médico nutricionista y una endocrinóloga, con lo que se completa aceptablemente el espectro de patologías que afectan a esta edad.

Una dificultad que al comienzo debieron enfrentar los pediatras en la atención de los jóvenes fue el abordaje de la sexualidad, tema que por formación (atención de niños) no están habituados a encarar. Además, cuando el equipo funcionaba dentro del Servicio de Pediatría el promedio de edad de los pacientes era de 13.9 años. Al adquirir más experiencia, pasar a atender en el Programa y compartir el trabajo con los ginecólogos (acostumbrados a este tema) ha mejorado notablemente este tópico, muy importante en la atención médica de los adolescentes.

#### Cuadro 4

##### Motivos de consulta más frecuentes atendidos en clínica

Clínica general	42.0%
Adolescentes sanos	21.0%
Alteraciones psicológicas	15.5%
Ortopedia	6.0%
Ginecología	5.0%
Crecimiento y desarrollo	4.0%
Otros	7.0%

Como se observa, algunos de estos temas corresponden a otras áreas pese a lo cual fueron atendidos por los clínicos, porque con el trabajo interdisciplinario los profesionales aprenden a resolver las patologías más sencillas de las otras especialidades.

#### TRABAJO SOCIAL

Si bien no se trata de un área médica propiamente dicha, el tipo de inserción que ha tenido el Trabajo Social en este equipo determinó que se configurara como un área propia que, superando el lugar que tradicionalmente ocupa, cumple una función de verdadera orientación social.

Trabajando en interacción con las otras disciplinas, su jerarquización tiene que ver con el enfoque integral de la atención al adolescente (aspectos biológicos, psicológicos y sociales) y consecuentemente, con la metodología de trabajo que lo define. En este modelo integrativo, el trabajador social resulta un mediador entre la institución y el paciente, lo que se concreta a través de la entrevista inicial individual.

Dado el bagaje de prejuicios, temores y angustias con que (por un conjunto de razones) suele llegar el adolescente al Hospital, el vínculo que se establece en la primera entrevista con la trabajadora social será el que va a permitir modificar esta situación, al ofrecerle aquella confianza y apoyo, ya que se trata de una profesional preparada para captar la realidad del adolescente, recibir la demanda manifiesta y percibir la latente.

La trabajadora social elabora un diagnóstico social presuntivo y situacional, que se irá modificando en posteriores entrevistas, en las que podrá incluirse a otras personas vinculadas con el adolescente (familiares, parejas, amigos, etc.); esta Historia Social formará parte de la Historia Clínica del paciente.

De este modo, la asistente social juega en este Programa un doble papel:

1. **Con el adolescente:** quien advierte desde el primer contacto que hay un profesional en el equipo al cual puede recurrir por diversos problemas (laborales, escolares, de vivienda, familiares, etc.) y de quien obtendrá información respecto a recursos institucionales con que cuenta (en el caso de adolescentes embarazadas, por ejemplo), problemas jurídicos-legales, problemas familiares, etc. De este modo, desarrolla tareas preventivas y educativas.

2. **Con los otros profesionales:** contribuyendo a completar la visión del adolescente y a detectar los factores de riesgo presentes. Así, cuando el médico recibe al adolescente ya sabe en qué contexto está creciendo, y que relación puede haber entre los síntomas que presenta y sus dificultades sociales.

Por otro lado, dentro del equipo la asistente social contribuye a agilizar el trabajo interdisciplinario desde un lugar claramente definido, pero habiendo completado su formación con los instrumentos básicos de las otras disciplinas.

### III. COMENTARIOS

Hasta aquí se ha descrito la estructura y funcionamiento del Programa.

Lo que sigue son comentarios y apreciaciones que pueden contribuir a visualizar su realidad más globalmente; esto es, no sólo lo que se hizo sino cómo se realizó, qué dificultades hubo y hay que enfrentar, cuáles son los logros y en qué aspectos es aún deficitario.

A modo de recapitulación se intentará reafirmar la necesidad de este tipo de centro.

En primer lugar, es una respuesta a la problemática planteada. Esto es, en síntesis, que la población adolescente constituye un grupo etéreo actualmente considerado crítico desde el punto de vista de la salud, ya que a los propios cambios bio-sicológicos se unen las rápidas transformaciones que se están produciendo en las estructuras sociales y familiares, determinando hoy más que nunca conductas de riesgo creciente. Estas características corresponden a los países desarrollados y al menos a las áreas urbanas de los en vías de desarrollo. Al mismo tiempo, se ha producido un alargamiento del período que transcurre entre la niñez y la edad adulta, caracterizado por fenómenos como la disminución de la edad de la menarca (primera menstruación), el desplazamiento del matrimonio hacia edades más avanzadas, una más tardía inserción laboral y otros.

Pese a esta situación, no hay en el país planes nacionales de Salud específicos para la adolescencia, ni desde las áreas de Salud ni desde las de Educación. En general, se tiene en cuenta la salud materno-infantil y la etapa pre-escolar.

Considerar a la adolescencia como un grupo etéreo definido y necesitado de una atención médica especializada encuentra todavía resistencias; dificultad que se objetiva si se tiene en cuenta que los hospitales pediátricos y servicios de pediatría en general consideran solamente la atención del paciente hasta los 12 años; que en los servicios de clínica médica no es común que se atiendan chicos de 14 ó 15 años; que los pocos servicios de ginecología que tienen atención especializada para adolescentes las incluyen entre 12 y 18 años. Ninguna de estas separaciones etéreas coincide con lo recomendado por la O.M.S. que considera a la adolescencia entre los 10 y 20 años.

En segundo lugar, conocido el problema, se revisará por qué este modelo es la respuesta adecuada.

Se parte de la idea de que, dependiendo de las circunstancias y organización sanitaria, es posible instrumentar centros de salud de distinto nivel de complejidad.

- . Un **primer nivel** es aquel integrado por un equipo mínimo (médico, sicólogo, trabajador social) que trabaja en centros periféricos barriales, brindando atención médica primaria, prevención y asesoramiento sobre distintas problemáticas que pueden afectar al adolescente y su familia.
- . Un **segundo nivel** es el que funciona dentro de un Hospital de mediana complejidad. Está formado por médicos de adolescentes que trabajan en los Servicios de Pediatría, Clínica, Ginecología y Siquiatría, utilizando el servicio social. Pueden brindar internación, y algunos realizar tareas docentes.
- . Un **tercer nivel** se organiza ya dentro de Hospitales de alta complejidad (el paciente no necesita ser derivado). Allí funcionan consultorios específicos de atención de adolescentes con metodología multi e interdisciplinaria, internación y métodos auxiliares de diagnóstico complejos. Si el Hospital es universitario se ejerce la docencia de pre y post-grado.

El Programa objeto de este informe está ubicado en este último nivel.

Por otro lado, este tipo de servicio responde al modelo de "Clínicas etéreas", basado en el siguiente concepto: "Las clínicas médicas generales dedicadas al cuidado de un sólo grupo etéreo estimulan la tendencia del médico a dar consideración a su paciente, disminuyen la posibilidad de que sólo preste atención a la enfermedad, y ayudan a incrementar su conocimiento de cómo son los pacientes y qué es lo que requieren en las distintas etapas de

sus vidas". (Gallagher, J.R. et al. Medical Care of the Adolescent, N.Y., Apleton Century Crofts, 1977).

En ese sentido, uno de los aspectos básicos que en el Programa se sistematiza a partir de la práctica, es que la **consulta médica del adolescente** posee rasgos propios que la diferencian de la consulta pediátrica y de la de adultos.

La ambivalencia del adolescente y de su medio familiar frente a los cambios que implica el despertar sexual y el crecimiento, origina discordias que se vuelcan de manera más o menos explícita en la consulta. Esta carga emocional suele provocar confusión tanto en el joven como en el médico (no preparado), que puede sentirse invadido.

Otra característica es la perentoriedad con que los adolescentes pretenden la resolución de sus problemas, esperando una respuesta expeditiva y hasta mágica por parte del médico, quien se siente presionado por esa demanda. Esto se vincula estrechamente con la deserción del paciente joven, quien si encuentra la respuesta inmediata no vuelve, y si requiere estudios o tratamientos, tiende a abandonarlos, frustrado por la demora. Del mismo modo, necesitan días fijos de consulta, aunque ellos mismos suelen no respetarlos.

Estos rasgos y otros, como actitudes de extrema timidez, o de desparpajo, pueden ser correctamente manejados si el médico ha sido entrenado específicamente para la atención de estos pacientes.

Es evidente entonces la necesidad de que los profesionales que van a trabajar con adolescentes se preparen científicamente en esta disciplina. No basta la actitud voluntarista sino que a la **vocación** hay que sumarle la **aptitud**.

Actualmente se observa un incremento gradual de profesionales que se interesan por la medicina de adolescentes, demandando capacitación. En el área de Salud Mental ya existía este interés, observándose ahora el mayor incremento en Clínica y Ginecología. En cambio en el área de Obstetricia hay más dificultad de conseguir especialistas que se ocupen del enfoque moderno de la adolescente embarazada. Esta falta de interés podría explicarse por lo poco rentable que resulta esta actividad en el área privada.

Otro aspecto a tener en cuenta para que este tipo de medicina resulte operativa es que debe ser enfocado con un sentido de trabajo en equipo (aún cuando no haya un espacio físico común).

Una dificultad para llevar esto a cabo reside en la formación del médico actual, que es fundamentalmente organicista en cuanto a la visión del paciente e individualista en la relación con los otros profesionales, lo que redundará en una dificultad de observar al paciente en forma integral (como unidad sico-social).

Esta realidad determinó que intentar formar equipos multidisciplinarios no fuera fácil en un Hospital de alta complejidad donde los servicios forman en su mayoría compartimentos estancos.

Funcionar en la interdisciplina es diferente a ser un equipo multidisciplinario; requiere mantener la identidad y pertenencia de cada una de las áreas para evitar la confusión de roles; además, encarar y resolver las dificultades interpersonales para que no generen problemas en la marcha del trabajo.

Un problema que se debe enfrentar dentro de las instituciones hospitalarias es que el trabajo con adolescentes suele despertar celos, por varias razones: desinformación acerca de este tipo de medicina, falta de conocimiento de la problemática adolescente, prejuicios acerca de este grupo etéreo, además de que genera problemas de difícil resolución si no se tienen en claro los propios conflictos con la adolescencia.

Confirmada la necesidad de una formación especializada, surge la pregunta: donde pueden formarse estos profesionales?

En el terreno teórico, los cursos anuales que ofrecen las Sociedades Científicas ya mencionadas y otros Servicios de Adolescencia, cubren parcialmente este cometido. Pero la falencia es mayor cuando nos referimos al aprendizaje práctico en esta materia.

Este Programa cumple en ese sentido un importante rol docente, si bien dista todavía mucho del ideal. Como ya se describió el post-gradado funciona normatizado en rotaciones mensuales, pero se considera que un training aceptable sería de un año en el servicio rotando por las distintas especialidades. Esto no sucede actualmente porque el espacio físico y el horario reducido no permiten más de dos rotantes por mes. Es así que ante la alternativa de formar solamente dos médicos por año se ha optado por la política de preparar más médicos que tengan una visión general de la metodología de la atención al adolescente, con lo que pueden intentar ejercer esta disciplina en sus respectivos lugares de trabajo.

Pese a estas falencias, el profesional que efectúa la pasantía en el Programa tiene la oportunidad de, en el transcurso de un mes, observar y practicar el enfoque global de la consulta adolescente desde las distintas disciplinas, ejercitándose cada día de la semana con un especialista distinto.

Lo relevante de esta actividad docente reclama de un importante apoyo financiero para la formación de especialistas.

El trabajo interdisciplinario es, entonces, lo más difícil de lograr, y ésta ha sido la tarea más ardua de los Coordinadores.

Las reuniones periódicas de equipo, los ateneos, la preparación de los cursos de post-grado, la elaboración conjunta de trabajos científicos, apuntan a lograr este objetivo. Sin embargo, a cuatro años de creado el Programa aún queda bastante por hacer en este sentido.

La rotación anual del cargo de Coordinador General se hace con el objeto de que no recaiga en un solo Servicio la jefatura de todo el Programa, evitándose así la jerarquización de un área sobre las demás, y también el desgaste de un solo Coordinador.

Una gran dificultad para afianzar la interdisciplina radica en el elevado número de profesionales que integran el equipo (actualmente 35). De éstos, más de la mitad del plantel trabaja ad honorem, asistiendo al Hospital sólo 2 ó 3 veces por semana. Un número de 20 personas que concurriera 8 horas por día toda la semana permitiría un mejor conocimiento de los integrantes entre sí y un abordaje más adecuado de los pacientes que se trata en forma conjunta. En la actualidad no queda otro recurso para cubrir toda la semana que funcionar con un alto número de profesionales, lo que obviamente dificulta la coordinación.

Por otra parte, la falta de presupuesto para recursos humanos repercute en la dificultad de atención por las tardes (actualmente, un solo día), y en la desproporción en el número de profesionales de cada área.

Esto es que para 31 médicos y sicólogos hay sólo dos trabajadores sociales; se entiende que para un servicio de estas características por lo menos debería contarse con igual número, aunque el ideal es que haya más asistentes sociales entrenados en atender jóvenes, que médicos.

La escasez de estos profesionales en el Programa se explica porque si bien médicos y sicólogos pueden asistir al Hospital en forma gratuita ya que por las tardes trabajan en sus consultorios privados, no ocurre así con los trabajadores sociales que, en general, dependen de un sueldo institucional.

Respecto de la Investigación, dado que las características de los adolescentes y sus problemas no son iguales en todas partes del mundo sino que varían según región, época y aún de zona rural a urbana de un mismo país, es necesario profundizar en el diagnóstico de la realidad concreta de este grupo.

En el Hospital se realiza investigación con la población atendida, pero no es posible extrapolar estas conclusiones a todos los adolescentes argentinos, ya que las características de una población que concurre a un Hospital céntrico y universitario son muy distintas de las de una población marginada o de otra que asiste a clínicas privadas.

En el Programa la investigación se realiza al interior de cada área en la medida de lo posible (como ya se explicó, una dificultad es la diferente formación de los médicos para la investigación). Pero desde la Coordinación se promueve la investigación conjunta entre las áreas, necesaria para realimentar el conjunto de las actividades, además del interés por sistematizar la experiencia acumulada día a día y darle una adecuada difusión.

Si bien el Programa ha publicado diversos trabajos, como ya se mencionó, esta actividad se encuentra limitada por el tema de la **falta de recursos financieros**, verdadero "cuello de botella" que frena el desarrollo de todas estas actividades.

En la misma situación se encuentra la Extensión hacia la Comunidad, función para la que es necesario contar con un equipo especializado y rentado.

Además de la obvia importancia de esta actividad en cuanto a prevención de la salud de los adolescentes, cumple también un importante papel en lo referente al equipo, ya que pone al especialista en contacto con el adolescente sano, permitiendo ubicar en su justa dimensión al paciente que tendrá que atender.

Aunque el Programa comenzó a funcionar con limitaciones, desde el principio los Coordinadores tuvieron como meta un modelo de centro bien definido. Se tomaron como referencia centros de México y EE.UU., pero con las necesarias adaptaciones a la realidad local y al ámbito de la Universidad.

Así fue posible formalizar un organigrama a futuro, pensando en etapas a cumplirse en los aspectos organizativos, financieros y los que corresponden a cada una de las distintas funciones que el Programa cumple.

La experiencia de trabajo ha ido ajustando el modelo, produciéndose modificaciones sobre la marcha.

Pero el avance en todos los aspectos no es parejo, surgiendo más dificultades en algunas áreas y mayores logros en otras, lo que puede visualizarse en el cuadro # 5. (pág. 45).

Es posible observar que se registran mayores avances en los aspectos organizativos y en las funciones asistencial y docente, siendo las más rezagadas la salida a la comunidad, la obtención de recursos y la investigación.

## **CONCLUSIONES**

Este Centro se originó por la fusión de distintos grupos de médicos que en determinado momento de su carrera se sintieron vocacionalmente inclinados hacia un tipo de medicina, pero esto no

sucedió por azar, sino que paralelamente estaba ocurriendo algo similar en otros países.

Hoy la medicina de adolescentes ha cobrado personalidad propia a nivel nacional e internacional (siendo Brasil y la Argentina los pioneros en la región) y la existencia de numerosas sociedades médicas que agrupan a los diferentes profesionales que de ella se ocupan -clínicos, pediatras, ginecólogos, obstetras, sicólogos, siquiabras, endocrinólogos y trabajadores sociales- avalan esta realidad.

Sin embargo, aún no existen en la región otros centros médicos de adolescentes con la complejidad necesaria como para que los profesionales que lo deseen reciban un adecuado entrenamiento.

Este Programa, tal como se describió, cumple con ese objetivo docente aunque todavía en forma parcial, debido fundamentalmente a las deficiencias presupuestarias apuntadas, pero también a la falta de apoyo oficial.

Los logros del Programa son el resultado de la interrelación de sus distintas funciones; por ejemplo, la asistencia es la base sobre la que se desarrolla la docencia.

Por ello, es difícil medirlos si sólo se utiliza un criterio cuantitativo.

Aún así, el incremento de los pacientes atendidos es evaluado en forma positiva desde el Programa, ya que es reflejo de una mejor difusión y adhesión por parte de los jóvenes a este sistema de atención. Pero no es por el momento una meta buscada por los Coordinadores, debido a la imposibilidad práctica de satisfacer un incremento de la demanda (por las razones ya señaladas).

Un aumento presupuestario permitiría:

- . Mejorar y ampliar las instalaciones físicas,
- . extender los horarios a las tardes,
- . nombrar médicos rentados con dedicación exclusiva,
- . incrementar el número de trabajadores sociales, con nombramiento estable,
- . mejorar los recursos pedagógicos (videograbador, cámara de Gesell, y otros),
- . ampliar el número de alumnos de post-grado a nivel nacional e internacional,
- . becar médicos de fuera que deseen formarse en el Programa,
- . ampliar el tiempo de las rotaciones,
- . facilitar la concurrencia de docentes del Programa a centros del país y del exterior que lo soliciten,
- . otorgar becas de perfeccionamiento en centros más especializados a los médicos estables del Programa,
- . financiamiento adecuado para proyectos de investigación,

- . suscripciones a revistas internacionales,
- . promover la educación para la salud con salidas hacia la comunidad a nivel de colegios, clubes, sociedades de fomento, etc.

Sin embargo, junto con estas dificultades por momentos desalentadoras, los resultados obtenidos gratifican día a día: el espacio cada vez más legitimado en el Hospital, la creciente demanda por el servicio, la evaluación positiva de los usuarios (pacientes y alumnos), el aumento de las horas dedicadas a adolescencia en algunas cátedras (como la de Pediatría), el espacio que las sociedades científicas abren a los trabajos realizados, el interés creciente de otros centros nacionales, del exterior y de organismos supranacionales por conectarse con el Programa, y enviar profesionales a formarse en él, así como la réplica iniciada en algunas provincias a partir de alumnos ya formados, constituyen el reconocimiento al aporte de este equipo.

Finalmente, falta en la Argentina un impulso oficial a estos esfuerzos (a diferencia del Brasil). Un diseño de políticas de salud en que este Programa fuera tenido en cuenta permitiría multiplicar sus logros y replicar el modelo en diversos lugares del país, con la consecuente repercusión sobre la salud física y sicosocial de los adolescentes.

**A N E X O S**

HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN"

PROGRAMA DE ADOLESCENCIA

Rotaciones de postgrado

1988

Dra. A. Torre  
 Dra. S. Toto.  
 Dra. S. Nistal  
 Dra. T. Goliciani  
 Dra. P. Arteaga  
 Dra. J. Pressman  
 Dra. L. Saborido  
 Dra. I. Sabate  
 Dra. P. Castelo  
 Dra. M. Marconi  
 Dra. R. Doneles

Dra. A. Szysko  
 Dra. N. Molina  
 Dra. A. Lorenzo  
 Dra. G. Cimbaro  
 Dra. I. Clara  
 Dra. A. Mallol  
 Dra. I. Quiñones  
 Dra. E. Falchin  
 Dra. P. Jiménez  
 Dra. I. Gottig  
 Dra. S. Schiavoli  
 Dra. M. Mackenzie  
 Dra. G. Hermosa  
 Dra. G. Meza  
 Dra. E. Conseto  
 Dr. J. Cano  
 Dra. T. Oliver

Santa Fe  
 La Rioja  
 Capital  
 Bs. As.  
 Córdoba  
 Mendoza  
 Bs. As.  
 Chaco  
 La Plata  
 Santa Fe  
 Mendoza  
 Bs. As.  
 BOLIVIA  
 COLOMBIA  
 URUGUAY  
 ESPAÑA  
 ESPAÑA

1990

Dra. M. Bustos  
 Dra. S. Mandredi  
 Dra. V. Soligo  
 Dra. M. Zungri  
 Dra. B. Oberberg  
 Dra. A. Cal  
 Dra. R. Olivieri  
 Dra. S. Di Rosa  
 Dra. P. Anido  
 Dra. M. Carradori  
 Dra. A. Tinirello  
 Dra. S. Caresana  
 Dr. O. Cardillo  
 Dra. C. Rodari  
 Dr. M. Eraso  
 Dra. M. Amuy  
 Dra. V. Frega

San Juan  
 Santa Fe  
 Capital  
 Capital  
 Capital  
 Capital  
 Neuquén  
 Bs. As.  
 Capital  
 Santa Fe  
 Capital  
 Salta  
 Santa Fe  
 Capital  
 Capital  
 Capital  
 Capital

Cuadro 5

ETAPAS	FUNCIONES				RECURSOS
	ORGANIZACION	ASISTENCIA	DOCENTE	COMUNITARIA	
PRIMERA	(+) Jerarquizar secciones  (+) Promoción intrahospitalaria del Programa	(#) Ampliar horarios  (#) Mejorar instalaciones  (#) Designar interconsultores	(+) Ateneos comunes  (+) Pre-grado  (+) Docencia básica de post-grado	(#) Selección colegios universitarios  (#) Intercomunicación con docentes y directivos	(-) Local administrativo  (+) 1 Secretaria  (+) 2 Asistentes sociales
SEGUNDA	(+) Organigrama  (+) Coordinador rotativo	(+) Area Física común  (#) Ampliación de horarios por la tarde	(+) Pre-grado con otros Deptos relacionados	(#) Atención médica especializada en colegios de la U.B.A.	(-) Rentar los profesionales honorarios  (-) Incrementar el número de asistentes sociales
TERCERA	(#) Historia clínica común  (-) Incorporar profesionales médicos a los colegios universitarios	(#) Areas de internación especiales dentro de los 2 departamentos  (+) Normas de atención	(+) Centro formativo de post-grado a nivel nacional	(#) Trabajos de investigación interdisciplinaria	(-) Sala de reuniones  (#) Financiación extra-hospitalaria y extra-universitaria
CUARTA	(-) Programa de Adolescencia y Juventud	(-) Comunidad Estudiantil Universitaria  (#) Atender a todos los adolescentes que concurren al Hospital	(#) Centro formativo de post-grado a nivel internacional	(-) Educación para la salud a la población universitaria	(-) Recursos humanos y económicos por parte de organismos internacionales

Referencias: (+) Se cumplió;  
 (#) cumplimiento parcial;  
 (-) No se cumplió.

El Curso se desarrollará del 26 al 30 de junio de 8.30 hs. a 15.30 hs. en el Hospital de Clínicas, Aula N° 50 (5° piso - Ginecología)

**INSCRIPCION:**

Programa de Adolescencia - Córdoba 2351 (1120) Capital

T. E. 961 - 6001/6034/6050 Int. 375

ARANCEL: Δ 700.-



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

PROGRAMA  
DE MEDICINA  
PARA  
ADOLESCENTES

**CURSO INTENSIVO:**

**El abordaje del adolescente enfermo**

Directores: Dr. J. M. Méndez Ribas, G. Girard:  
R. Yunes y A. Coll

Secretarios: Dres. J. Pellegrino, L. Piva y L. Beco

Coordinador General: Dr. José María Méndez Ribas

**Conferencista Invitado:**

Prof. Dr. Mauricio Knobel (Universidad de  
Campinas - Brasil)

# PROGRAMA

## LUNES 26

- 9.00: Introducción. Dr. J. M. Méndez Ribas  
9.15: **Crecimiento y Desarrollo** Aspectos biosicosociales.  
Dr. L. Becerra  
Lic. E. Calvo; R. Gigliani; C. Castellarin; A. S. D. Villegas
- 10.45: Intervalo  
11.00: **CONFERENCIA: Características sicosociales del adolescente de hoy.**  
Prof. Dr. M. Knobel

## MARTES 27

- 8.30: Enfermedades de transmisión sexual. Dres. J. Pellegrino y S. Wittis  
9.15: Alteraciones del ciclo. Dra. B. Pereyra Pacheco; Lic. L. Gómez Vaccaro  
10.00: Intervalo  
10.15: Anticoncepción. Dra. K. Siemaszko; Lic. Gómez Vaccaro  
11.00: **CONFERENCIA: Características diferenciales de personalidad.** Prof. Dr. M. Knobel

## MIERCOLES 28

- 8.30: Enuresis. Dr. R. Yunes; Dra. L. Piva  
9.30: **Embarazo y Parto:** Drs. A. Coll; A. Di Notto; Lic. C. Castellarin  
10.45: Intervalo  
11.00: **CONFERENCIA: Detección del grupo de riesgo psicológico.** Prof. Dr. M. Knobel

## JUEVES 29

- 8.30: Obesidad. Dra. E. Ledesma; Lic. I. Pinter  
9.30: **Síntomas sicosomáticos:** Dr. Serantes; Lic. L. Espina; R. Szklarkiewicz  
10.45: Intervalo  
11.00: **CONFERENCIA: Anorexia - Bulimia.** Prof. Dr. M. Knobel

## VIERNES 30

- 08.30: Sexualidad adolescente. Dres. G. Girard; L. Agnese  
09.30: **Pesquisa y abordaje del drogadicto.** Dres. C. Ruiz y J. Capristo  
10.30: Intervalo  
11.00: **CONFERENCIA: Terapéutica de familia.** Prof. Dr. M. Knobel

Por la tarde se presentarán casos clínicos y vídeos con discusión y comentarios del Prof. Dr. M. Knobel, 13.30 a 15.15 hs.

El Curso se desarrollará del 2 al 6 de julio de 8.30 hs. a 13.00 hs. en el Hospital de Clínicas José de San Martín – Aula N° 50 (5° piso - Ginecología)

**INSCRIPCION:**

Programa de Adolescencia - Córdoba 2351 (1120) Capital  
T. E. 961 - 6001/6034/6050 Int. 375

ARANCEL: u\$s 10.-

Menos de 5 años recibidos: u\$s 7



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

PROGRAMA  
DE MEDICINA  
PARA  
ADOLESCENTES

**CURSO INTENSIVO N° 2**

**Actualización en Medicina de Adolescentes**

Directores: Dres. R. Yunes, J. M. Méndez Ribas,  
G. Girard, A. Coll

Secretarios: Lic. R. Szklarkiewicz, Dres. A. Di Noto,  
M. Serantes

Coordinador General: Dr. Roberto A. Yunes

**Conferencistas Invitados**

Dr. Félix Isassa, Dra. Diana Goldberg,  
Dra. María Lasala, Dr. Enrique Quiroga  
Dr. Ricardo Grimson

# PROGRAMA

## LUNES 2 "Area Clínica"

8.15: Introducción: Dr. Roberto Yunes

8.30: Análisis de historias clínicas sobre la consulta diaria  
Dres. G. Girard, E. Becerra, P. Ferrari, J. L. Franceschi, P. Goddard, E. Ledesma,  
C. Ruiz, M. Serantes, R. Savaglio

11.30: INTERVALO

12.00: CONFERENCIA: "El adolescente con asma" Dr. Felix Isassa

## MARTES 3 "Area de Salud Mental"

8.30: Momentos conflictivos en la transición adolescente

Dres. R. Yunes, T. Oliver, I. Pinter  
Lic. R. Alvarez, M. T. Battaglia, S. Calvo, C. Castellarin, L. Espina, L. Gómez Vaccaro,  
S. Helou, F. Huvelle, B. Savich, R. Szklarkiewicz, D. Villegas

11.30: INTERVALO

12.00: CONFERENCIA: "Maltrato y abuso sexual en adolescentes" Dra. Diana Goldberg

## MIERCOLES 4 "Area de Ginecología"

8.30: Rol del médico en la prevención de la salud reproductiva de la adolescente

Dres. J. M. Méndez Ribas, M. Arrascaeta, A. Di Noto, J. Pellegrino, B. Pereyra Pacheco,  
K. Siemaszko, R. Sussman, S. Wittis  
Lic. M. T. Battaglia, L. Gómez Vaccaro

11.30: INTERVALO

12.00: CONFERENCIA: "Estado actual del SIDA. Grupos de autoayuda" Dra. María Lasala

## JUEVES 5 "Area de Obstetricia"

8.30: Aspectos claves de la reproducción en la adolescencia

Los vinculos: Lic. C. Castellarin

Los recursos: Lic. D. Villegas

El equipo de trabajo: Dra. M. Arrascaeta

9.15: Análisis de historias clínicas en función de la introducción. Dra. A. Coll

11.30: INTERVALO

12.00: CONFERENCIA: "Complicaciones obstétricas de la adolescente marginal"  
Prof. Dr. Enrique Quiroga

## VIERNES 6 "Taller Psicodramático Vivencial"

8.30 Situaciones límite en familias adolescentes  
a cargo de los integrantes del equipo de Salud Mental

11.30: INTERVALO

12.00: CONFERENCIA: "Estrategias terapéuticas para el adolescente drogadependiente"  
Dr. Ricardo Grimson

### Metodología de Trabajo:

Los días Lunes, Martes, Miércoles y Jueves se presentarán los casos clínicos de 8.30 a 11.30 hs. y se trabajarán en grupos reducidos en forma simultánea de modo interdisciplinario.

El día Viernes el Taller Psicodramático se realizará en el Aula 50 en el mismo horario.

Las conferencias se dictarán de 12 a 13 hs. en el Aula 50.

# Plan continuado de educación sexual para adolescentes

G.A. Girard \*, B. Pereyra Pacheco \*\*  
y J.M. Méndez Ribas \*\*\*

Pese a la importancia que una adecuada educación sexual reviste para la formación integral del individuo, en la práctica no suele llevarse a cabo en forma programada, ordenada, coherente y asentada sobre bases serias y científicas. Una gran dosis de subjetividad y superficialidad, cuando no intencionalidad utilitarista, suele estar presente. En otros casos una actitud dogmática y rígida la torna contraproducente o en el mejor de los casos inconducentes.

Por ello debe reflexionarse sobre una ética de la educación sexual. Esta ética no sólo debe estar dirigida al buen obrar, sino a contemplar y buscar aquellos principios comunes a las distintas realidades y culturas que iluminadas por la ciencia puedan constituir un denominador común como punto de partida. Se deben buscar realidades biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas, culturales y religiosas, en una palabra, todas aquellas propias del ser humano y su conducta. El valor ético viene a indicar lo que se tiene que realizar para planificarse como persona. Al hablar de una ética de la educación sexual, no se deben enunciar una serie de normas de lo que se puede, se debe o conviene hacer sino encontrar esos grandes principios respetuosos de la persona que tienen a su crecimiento. Sólo en un nivel personal se puede descubrir el amor, del cual la sexualidad es tal vez su más importante lenguaje.

\* Jefe del Consultorio de Adolescencia de la Ira. Cátedra de Pediatría del Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires y coordinador del Programa de Adolescencia.

\*\* Médica del Consultorio de Ginecología Infanto-Juvenil de la Ira. Cátedra de Ginecología del Hospital de Clínicas José de San Martín y secretaria.

\*\*\* Jefe del Consultorio de Ginecología Infanto-Juvenil de la Ira. Cátedra del Hospital de Clínicas José de San Martín y presidente de la Sociedad Infanto-Juvenil.

Una de las características de la educación es que la misma debe ser encarada en forma dinámica, como proceso. Se encuentra de esta manera unida al concepto de crecimiento y desarrollo de un ser para que éste tienda a su perfeccionamiento. En este proceso educativo se debe buscar un clima de reflexión adecuado, por el cual propender a que el educando sea en sí. Esto significa que educar sexualmente es educar para el amor personal y esto es mucho más pretencioso que una mera información sobre aspectos de la genitalidad. La información debe darse en la medida en que pueda ser comprendida y entonces permitir una reflexión.

La sexualidad humana la podemos considerar en un sentido amplio como todo lo referente a la relación que existe entre el hombre y la mujer. La genitalidad se limitaría al campo eminentemente físico, que es su base, y cuando este aspecto físico se complementa con el psico-social-espiritual, alcanza el nivel de sexualidad.

## Estado actual del problema

Sin entrar a establecer un determinado juicio de valores, podemos considerar que en la actualidad nos encontramos con que:

- 1) La sexualidad es un tema de actualidad.
- 2) Existe en la sociedad, en general, y en los jóvenes, en particular, un mayor nivel de información.
- 3) El nivel de erotización es creciente.
- 4) Existe un concepto simplista de la educación sexual, en general unido a lo meramente informativo.
- 5) La sociedad presenta incertidumbre en lo referido a los patrones conductuales.
- 6) Existen dificultades en integrar la sexualidad a un proyecto personal o sentido de vida.

Por ello, a nuestro criterio, podrá sentirse bases sobre las cuales debería asentarse una

educación sexual:

1) Partir de una educación personalista, donde la sexualidad sea un ítem más. Se informe sobre los aspectos genitales y se forme sobre los sexuales en niveles crecientes de complejidad.

2) Valorar en cada caso los niveles informativos y madurativos en los cuales los educandos se encuentren.

3) Sobre quienes deben impartir la educación sexual, es nuestra idea que debe existir una responsabilidad diversificada en la sociedad. Por derecho natural, corresponde en primer lugar a la familia y como complemento a la escuela, profesionales de la salud, medios de comunicación, instituciones religiosas, etc.

4) Como característica casi imprescindible de quien la imparte, es que pueda transmitir el mensaje en forma sincera y veraz.

5) Por ello se pueden estudiar y discutir temas de educación sexual en universidades, profesorado, magisterios, etc.

6) Buscar, en quien enseña sobre tan delicado tema, idoneidad y coherencia.

7) La familia, principal formadora, debe ser ayudada en esta misión y nunca excluida.

8) Enseñarla con rigor científico y seriedad, cuidando que no se convierta en adoctrinamiento sobre una determinada concepción política o social.

Teniendo en cuenta el estado actual de los problemas y aquellos elementos fijados como básicos se elaboró un programa de educación sexual en una escuela privada de la ciudad de Buenos Aires, de tipo mixto a la que concurren aproximadamente 1200 en nivel primario y secundario, a partir del ciclo lectivo 1984.

Los responsables de este curso son los autores de esta presentación, profesionales médicos (dos ginecólogos y un pediatra), todos ellos especializados en adolescencia.

### Método

Dadas las características del colegio, y en la posibilidad de abarcarlo en la primera etapa, en su totalidad, dado el elevado número de alumnos, se seleccionaron 6to. y 7mo. grado, 1er, 3er. y 5to. año.

Como etapa inicial se efectuaron dos reuniones con el personal docente estable del colegio. Una reunión con los de nivel primario y otra con los de secundario. Los objetivos perseguidos fueron los de informar sobre los temas a desarrollar, intercambio de experiencias, sugerencias sobre los diversos aspectos y recibir por parte de los docentes su opinión sobre las particulares características que pudiesen existir en cada curso. Asimismo recabar informe sobre distintas situaciones personales de los alumnos tales como:

reciente separación, enfermedad o muerte de alguno de los progenitores, discapacidad de algún alumno, problemas de conducta, desadaptación con el grupo, etc.

Estas reuniones se efectuaron con el consentimiento que son los propios docentes que como apoyo a las familias respectivas tendrán a su cargo continuar el diagnóstico y recibir las inquietudes del alumno.

El paso siguiente consiste en una entrevista con los padres que tiene como objetivos:

1) Presentación del equipo docente.

2) Forma de encarar el tema a tratar según la etapa.

3) Filosofía del equipo docente para encarar la problemática de la sexualidad.

4) Presentación del nivel de inquietud respecto al tema, de los adolescentes.

5) Respuesta a las inquietudes formulada por los padres.

6) Recibir aquellos aportes que pudiesen enriquecer las clases.

7) Aportar bibliografía sobre el tema.

Los jóvenes desde varios días antes de la reunión depositan en un buzón *ad-hoc* las preguntas que desean ser respondidas en el transcurso de la clase. Las mismas respetan el anonimato de quien las formula, solicitándoles que se limiten a aclarar el sexo y el curso a que pertenecen.

En base a estas inquietudes es que se estructura la clase de una duración aproximada de 120 minutos. Las preguntas son agrupadas de acuerdo a los temas: crecimiento y desarrollo, genitalidad, masturbación, relaciones sexuales, masturbación, infecciones, desviaciones sexuales. Luego de una introducción teórica (que suele ser más extensa cuanto menor es la edad de los alumnos) se abre un diálogo amplio, sin límite alguno de tiempo de preguntas que se deseen formular. A nivel primario la exposición se amplía con proyección de diapositivas destinada a informar sobre aspectos anatómico-fisiológicos. En 3er. y 5to. año se conservan los grupos que integran las distintas comisiones, mientras que en la primaria y 1er. año se los divide en varones y mujeres; dado que se considera que a esa edad las inquietudes son diferentes y difíciles de compatibilizar (este motivo es explicado a los respectivos cursos).

Finalmente en una nueva entrevista con los padres, se comentan los conceptos vertidos frente a los alumnos, el clima general en el cual se desarrolló la clase, la evaluación que de la misma efectuaron los alumnos. Los padres, a su vez, presentan los comentarios que sus hijos efectuaron en los respectivos hogares. En estas reuniones llamadas de devolución participa un sacerdote, asesor espiritual del colegio, puesto que si bien la institución no es confesional, presta una orientación católica, aunque concurren también alumnos

de otras religiones.

Como se desprende de lo enunciado, no existe un programa rígido; sin embargo se ha establecido un temario básico, que resulta de utilidad para que ciertas problemáticas no sean excluidas aún en el caso que no sean presentadas por el alumnado.

### Temario

#### 6to. y 7mo. grado

Anatomía y fisiología del aparato reproductor (nivel I).

Cambios físicos, psíquicos y sociales (nivel I).  
Problemática derivada del esquema corporal (nivel I).

Higiene y deportes. Noción de sexo. Valores.

#### 1er. año

Anatomía y fisiología del aparato reproductor (nivel II).

Aceptación del esquema corporal (nivel II).  
Situaciones cambiantes con su familia de origen. Salidas, Reuniones. Educación para la libertad.

Particularidades y características propias del hombre y la mujer. Características de la comunicación entre ambos sexos. Respeto. Virtud. Pudor. Esclarecimientos de conocimientos anteriores (nivel II).

#### 3er. año

Anatomía y fisiología del aparato reproductor (nivel III).

Utilización de la libertad. Recto uso. Variación del comportamiento entre los sexos.

Adopción de actitudes maduras ante la sexualidad. Noviazgo, amor, sensibilidad, enamoramiento, placer.

Anticoncepción, prostitución. Métodos anticonceptivos.

Juegos sexuales y/o amorosos, relaciones sexuales, características femeninas y masculinas. Embarazo y aborto.

#### 5to. año

Anatomía y fisiología del aparato reproductor (nivel IV).

Actitudes adultas en el diálogo con las familias de origen.

Vocación. Toma de decisiones. Trabajo. Familia.

Elección de pareja. Constitución de una nueva familia. Responsabilidad social.

Hacia la conformación de una personalidad adulta. Angustias, tensiones, inquietudes,

duelos y temores frente a la finalización de la etapa escolar. Manejos adulto de la sexualidad, comprometida, responsable, generosa, entregada y estable. Paternidad responsable.

### Evaluación

La respuesta alcanzada hasta el presente ha sido sumamente satisfactoria. Por parte de las autoridades del establecimiento, del equipo docente, de los padres y de los propios alumnos.

Existieron ciertas dificultades que analizaremos según los diferentes niveles y que no deseamos omitir antes de concluir esta presentación.

#### a) De los alumnos

Sólo en forma aislada y sin importancia se presentaron algunos problemas de disciplina, que siempre pudieron ser superados a poco de comenzada la clase. Los jóvenes se sintieron tratados en forma adulta y respondieron adecuadamente. Algunas de las preguntas escritas fueron formuladas en tono jocoso, este hecho fue comentado y puesto en evidencia con lo que las mismas perdieron fuerza e interés.

El lenguaje empleado por los jóvenes (varones) fue procaz, pero se lo consideró como propio de la subcultura adolescente; nunca fue utilizado por los docentes, salvo en el caso en que aquellas preguntas escritas fueron leídas textualmente.

Con posterioridad, los alumnos efectuaron por escrito y en forma anónima una evaluación estableciendo en general su conformidad, pero requiriendo en casi todos los casos disponer de mayor tiempo, a los efectos de ampliar el encuadre de ciertos temas o poder tratar otros nuevos.

#### b) De los padres

La respuesta fue sumamente satisfactoria en aquellos que concurrieron. Lo hicieron en mayor número en el nivel primario que en el secundario y fue mínima en los padres de los alumnos de 5to. año. En general solicitaron que se dediquen mayor número de horas al programa. En la primera reunión interrogaron al equipo sobre la forma y criterio con que respondería a determinadas situaciones o problemáticas de los adolescentes. Sólo en una de las reuniones se vivió un clima agresivo por parte de un grupo de padres, que se revirtió totalmente en la segunda.

#### c) De los docentes y directivos

En general la respuesta fue satisfactoria. Como es propio de los grupos humanos nume-

PLAN CONTINUADO  
DE EDUCACION  
SEXUAL PARA  
ADOLESCENTES

rosos, existieron distintos niveles de participación y compromiso. En algunos no faltó el escepticismo o el criterio "que no correspondía", el encuadre de la problemática sexual por parte de la escuela y algunas críticas aisladas se vieron totalmente superadas al comprobar la excelente recepción alcanzada entre los alumnos y sus respectivas familias.

Se ha deseado presentar una experiencia, que responde a una realidad en un colegio privado y en un nivel socio-económico-cultural determinado. No creemos que la misma pueda ser simplemente extrapolable a todas las instituciones, pero tal vez sirva de base, para futuros trabajos y experiencias a realizar en

otras comunidades.

En este caso determinado pensamos que la misma es positiva; sin lugar a dudas es perfectible en muchos de sus aspectos pero creemos que en el momento actual puede responder a una necesidad y adecuarse a las posibilidades prácticas que permitan llevarla a cabo.

En síntesis, el objetivo principal de la experiencia, está basado en jerarquizar la importancia de la familia como educadora sexual, apoyando a la misma, y otorgándole participación a la escuela a través de sus cuerpos docentes estables, una misión supletoria pero no por ello menos importante.