

Sección Adolescencia

Departamento Materno Infanto Juvenil

Hospital General de Agudos

"Dr. Cosme Argerich"

**Secretaria de Salud de la Municipalidad de
la Ciudad de Buenos Aires**

Memoria Anual 1993

Introducción y Políticas Generales

La adolescencia constituye una etapa biopsicosocial del desarrollo humano. La duración de esta etapa es variable según las diferentes sociedades y culturas y se ha ido modificando con el paso de los años.

El interés por el crecimiento y desarrollo aparece a principios de este siglo y luego de la 2ª Guerra Mundial se extiende a los problemas de salud de la adolescencia.

Los avances técnico científicos tienen su impacto en la morbilidad por infecciones, y la atención del médico se dirige entonces hacia otros aspectos que hacen a la salud integral: los estilos de vida poco saludable, los problemas del aprendizaje, las conductas de riesgo y algunas de sus consecuencias como la maternidad adolescente, la morbilidad por violencia, suicidio, accidentes, las enfermedades sexualmente transmisibles, el consumo indebido de sustancias, etc.

Es así, que en los últimos quince años la preocupación sobre la salud integral de los adolescentes ha cobrado una importancia cada vez mayor, tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados.

Esa salud integral del adolescente debe ser vista desde el punto de vista de su trascendencia, como un elemento básico para el desarrollo social de los países y del mundo en general.

Para millones de jóvenes que viven en los países en desarrollo el futuro es ya el presente, al tener que asumir prontamente roles de adultos y un alto grado de responsabilidad.

Es este grupo etáreo el que necesita de niveles críticos de bienestar y respuesta social para poder cumplir con sus aspiraciones de contribuir al desarrollo.

Para mantener el completo bienestar físico, psíquico, social y cultural de adolescentes y jóvenes son fundamentales niveles críticos de calidad de vida que permitan el ejercicio de derechos elementales para el ser humano: educarse, trabajar, participar, recrearse, acceder a la salud. Necesitan paz, buenos ejemplos y una escala de valores, una familia continente y una visión viable de futuro para poder proyectarse.

Para promover y preservar la salud en general de niños y adolescentes de presentes y futuras generaciones es preciso adoptar una posición definida y tomar medidas efectivas y permanentes, antes que los daños y perjuicios psicosociales en incremento lleguen a proporciones difíciles de controlar.

El adolescente interactúa en forma permanente con su núcleo social primario: su familia y además con la comunidad que lo rodea. Las acciones dirigidas a mantener o recuperar la Salud Integral del adolescente deben tener un enfoque participativo, familiar y comunitario, con aumento de los niveles de prevención, con énfasis en la atención primordial y primaria, promoviendo estilos de vida favorables.

Esto implica que en los sistemas formales de los servicios de salud, el adiestramiento y la investigación deben incluir una medicina social con participación de la comunidad.

Para ello es necesario tanto la integración de las diferentes disciplinas en los equipos de salud cuando, la participación de los diferentes sectores: educación, trabajo, justicia, deporte. El sector Salud tiene responsabilidad de convocar a los diferentes sectores y comunidad para lograr una adecuada integración y operatividad en las acciones.

Específicamente, el Área Programática del Hospital Argerich, abordando las zonas de Boca - Barracas - San Telmo y parte del microcentro, concentra núcleos poblacionales de alto riesgo, con 21000 adolescentes. De ellos el 35-40 % presentan sus necesidades básicas no cubiertas, con patologías clínicas evidentes o subyacentes, cada vez más numerosas y complejas, deserción escolar y laboral, y consecuentes motivos de marginación individual o grupal, con familias disfuncionales, no continentales o inexistentes.

El aún escaso desarrollo alcanzado por la atención integral del adolescente en los programas de prioridad nacional, exigió una mayor participación del **Equipo de Trabajo del Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich de la Municipalidad de Buenos Aires**, como una forma de extender la filosofía y modalidades de atención que proponía, a un espectro más amplio de este grupo poblacional en la Argentina.

Asimismo, a pesar de su modernizada estructura física y organizacional, el Hospital Argerich representa para la comunidad hospitalaria de la Ciudad de Buenos Aires un típico establecimiento centrado en la curación de enfermedades con alto nivel de complejidad tecnológica y buen prestigio tanto por la calidad médica de sus prestaciones como por la variada gama de especialidades clínicas y quirúrgicas que ofrece. También y aunque enraizado en un barrio de tradicional participación comunitaria como es La Boca, las acciones extramurales del hospital resultan aún insuficientes, actuando fundamentalmente en base a una demanda espontánea que excede su área geográfica de responsabilidad.

Para ello se previó la ejecución de **tres subproyectos operacionales** a fin de reforzar las actividades que ya se realizaban en el servicio de Adolescencia del Hospital; y crear nuevos enfoques dentro de las disciplinas que previenen la enfermedad o reparan la salud del adolescente y su familia; tanto dentro como fuera del ámbito edilicio, con un enfoque interdisciplinario innovador.

Los subproyectos actúan básicamente sobre tres puntos focales de la población adolescente y los adultos responsables:

Subproyecto I: Asistencia intrahospitalaria dirigida a:

1. **Pacientes de 10 a 20 años**, que solos o acompañados demandan espontáneamente más de 15000 consultas externas por año en el Servicio Ambulatorio de la Sección de Adolescencia.
2. **Alrededor de 1000 egresados** entre esas edades distribuidos en las diferentes especialidades y áreas de internación del Hospital "Cosme Argerich".

Subproyecto II: Extensión Extrahospitalaria de las acciones, teniendo como población objetivo:

1. **Adolescentes escolarizados** (aproximadamente 1200 alumnos) procedentes de escuelas secundarias en los barrios de la Boca, Barracas, San Telmo, así como sus respectivos padres, directivos y profesores.
2. **Población adolescente no escolarizada** vinculada a organizaciones comunitarias ya existentes en los barrios del área programática, a través de sus líderes.
3. **Adolescentes marginales** de y en la calle.

Subproyecto III: Formación de recursos humanos y educación para la salud; destinada a:

1. **Integrantes del Equipo de Salud responsable del Proyecto.**
2. **Alumnos de pre y postgrado de Medicina, Enfermería, Psicología, Asistencia Social y otras disciplinas** que interactúen en el Hospital y el Área Programática.

3. Adultos responsables de los adolescentes que comprende el programa.
4. Comunidad en general que concurre al Hospital o habita en la zona de influencia del proyecto.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Estructurar un Sistema Integral de Atención para la población adolescente.

- I. Reformular y fortalecer el control y la atención ambulatorios del Servicio
- II. Sistematizar la Atención Extrahospitalaria en zonas del Area Programática
- III. Estructurar un Sistema Integral de Docencia para el Equipo de Salud

Políticas Generales

Esas políticas globalmente tienden a enfatizar la **Atención Primaria** como estrategia fundamental para potenciar la capacidad resolutive del equipo de atención y lograr la **Salud Integral del Adolescente**; siendo el basamento en las actividades asistenciales y docentes.

Dentro de este contexto, el **enfoque de riesgo** es una herramienta esencial, y la **interdisciplina** la estructura fundamental del accionar cotidiano.

Políticas Asistenciales

INTEGRALIDAD	Definir al adolescente como persona, tendiendo a satisfacer su demanda como enfermo en busca de curación; o sano con necesidad de prevención y promoción de su salud; considerándolo siempre dentro de su contexto biopsicosocial, sin descuidar su rehabilitación.
PROMOCION Y PREVENCIÓN	
PERSONALIZACION	Encuadrar a cada adolescente dentro de su individualidad y su específica situación psicosocial, incluyendo lo particular de su historia en lo general de las estrategias médicas.
DIAGNOSTICO PRECOZ	Acceder a diagnósticos tempranos tanto de patologías orgánicas como psicoambientales.
PARTICIPACION	Incluir a todos los miembros del equipo en las planificaciones de las acciones y en todas aquellas instancias que sean relevantes para mejorar la atención de la salud del adolescente y su entorno.

Políticas Docentes

FORMACION Y CAPACITACION	Comunicar valores y destrezas en la atención del adolescente a todos aquellos interesados en su problemática. Experiencia clínica y de investigación como base incrementada a través de una educación continuada, interdisciplinaria y multisectorial.
INTERDISCIPLINARIEDAD	Incluir representantes de todas aquellas disciplinas relevantes para la mejor adecuación de los adolescentes en lo biopsicológico y social.
INVESTIGACION	Abarcando la problemática de una manera unívoca y con generalización posterior adecuada al universo del adolescente argentino.
DIFUSION	Escrita y oral de mensajes de salud y educación para la promoción entre los adolescentes y adultos responsables.

Políticas de Reconocimiento e Inserción

INTERCAMBIO DE RECURSOS, EXPERIENCIAS E INFORMACIÓN.	Con otros grupos que en salud, educación, trabajo, prevención o rehabilitación, desarrollen cualquier tipo de actividades enriquecedoras (por equiparación, imitación, o revalidación) para el diario accionar.
INTERSECTORIALIDAD - COPARTICIPACIÓN EN RED	En función de los conocimientos obtenidos a través de ese intercambio de experiencias e información con otros grupos similares, con mutuo enriquecimiento con logros y restricciones que permitan una interconsulta y referencia explícitas y bidireccionales.
CONCIENTIZACIÓN	La docencia y la difusión en el Proyecto estarán dirigidas a lograr la responsabilidad de los profesionales de la salud actuales y futuros, en relación a la problemática adolescente y juvenil en la Argentina de manera global y específicamente, en la población objetivo del proyecto.
CAMBIO CONDUCTUAL	A partir de todos los aspectos mencionados más arriba (énfasis en la atención primaria, interdisciplinariedad, integralidad, personalización, etc.), se espera en todos los integrantes del equipo evidencias de actitudes que traduzcan la asunción de conductas diferentes (y mejores) a las iniciales en la atención del adolescente, su problemática, su entorno, y entre los equipos de salud, educación y trabajo.
EFICACIA OPERATIVA Y REPLICABILIDAD	Crear modelos reconocidos y aplicables en otros ámbitos.
OFICIALIZACIÓN	Los efectores en todas esas áreas serán los encargados, en situaciones ideales, de acceder al poder económico y legislativo con el fin de conseguir modificaciones del macrosistema que permitan mantener y mejorar sus logros propuestos.
INSTITUCIONALIZACIÓN	Logrando el registro dentro del plantel sanitario oficial del Servicio Adolescencia "Argerich" con promoción de las acciones tanto intra como extrahospitalarias de docentes; así como de la Medicina del Adolescente en general dentro de las disciplinas habituales de una estructura de Salud.

Estrategias Básicas de Acción

1. La atención integral del adolescente y su entorno
2. La integración docente - asistencial
3. La coordinación intersectorial - hospital - comunidad
4. La actuación interdisciplinaria
5. El desarrollo de tecnologías adecuadas

Resumen de las actividades durante 1993

A. Estructura de funcionamiento

B. Coordinación de las acciones

- 1. Intrahospitalarias**
- 2. Extrahospitalarias**

C. Formación de recursos

- 1. Pregrado**
- 2. Postgrado**

A. ESTRUCTURA DE FUNCIONAMIENTO

1. Evolución de las acciones programadas

Contando con la infraestructura que permite un relativo aunque insuficiente confort en relación a la atención individualizada del paciente y su acompañante; y con una demanda diaria de aproximadamente 55 a 65 pacientes en un horario comprendido entre las 8 y las 19 hs.; se continuó trabajando en los Consultorios Externos de Adolescencia del Hospital con un criterio tendiente a ofrecer **Atención Primaria e Integradora dentro de la Medicina Ambulatoria de Adolescentes.**

El agregado de un número creciente de médicos clínicos de adolescentes, ginecólogos, psicólogos, asistentes sociales y enfermeras; permitió un trabajo más estructurado haciendo incapié en lo interdisciplinario e insumiendo la mayor energía en la **consolidación de los criterios para el trabajo en equipo** ya estructurado en la etapa anterior (1992) del Proyecto.

Las asesorías de planificadores de salud y docencia, sociólogos y evaluadores permitió ese crecimiento; consolidando así estilos de atención normalizada a través de la Historia Clínica validada y protocolos de estudio para diferentes síndromes (cefaleas, dolor torácico, dolor abdominal recurrente, síncope, dislipidemias, nutrición, ginecología, factores de riesgo, disfunción familiar, etc.)

Se mantuvieron también **interconsultas personalizadas** en varias especialidades: Dermatología, Neurología, Infectología, Obstetricia, Psicología - Psiquiatría, Pediatría, Traumatología; etc., que agilizaron así la captación, atención e informe de las mismas. Se **normalizó la referencia posterior al médico de cabecera** de la Sección Adolescencia, tanto en la consulta ambulatoria como en algunos de los adolescentes internados, además de coparticipar en Pediatría y Neurocirugía como miembros del equipo tratante durante esas internaciones.

Quedaron instituidos consultorios de atención ginecológica, nutricional y trastornos del apetito y psicología (como admisión) y/o asesoramiento a los clínicos a cargo para contigencia psicosomática y/o eventual derivación para terapia a Psicopatología.

Se contó siempre con la anuencia de la Dirección, Subdirección y Jefatura del Departamento Materno Infante Juvenil (del que depende el Servicio de Adolescencia) y las oficinas de Personal y Despacho que siempre fluidificaron los trámites en relación con los miembros de equipo.

Con el Departamento de Área Programática se mantuvo la posibilidad de trabajo complementario al que ellos ya realizaban (control clínico en la escolarización primaria); mediante un proyecto de abordaje de algunas escuelas de adultos escolarizados (en su mayoría adolescentes).

La coparticipación con los Centros de Salud donde concurren de manera poco sistematizada adolescentes, generalmente en riesgo, sólo pudo realizarse de manera informal por no concretarse una meta conjunta de abordaje, debido a los conflictos internos de estructura de esos grupos por encontrarse en etapas organizativas diferentes, quedando ya planteadas acciones para el '94.

Asistencia Social. Se contó con la presencia de una profesional de la planta del Hospital dedicada prioritariamente al Servicio de Adolescencia y el Proyecto; con un accionar conjunto en lo asistencial cotidiano, docencia, extensión en escuelas y hogares, exposiciones en talleres de pregrado jornadas y congresos.

Los psicólogos continuaron contratados directamente por el Proyecto poniendo énfasis en la relación médico-paciente y en la elaboración de estrategias para ser llevadas a cabo por los clínicos, considerando los casos de derivación, y buscando el ritmo apropiado para cada paciente.

La figura del psicólogo "puente" con el Servicio de Psicopatología favoreció esta vinculación y precisó los momentos de derivación y seguimiento posteriores. Esta "preparación" evidenció una mejor aceptación por parte de los pacientes, con adecuación a los tratamientos; además de la devolución diagnóstica y el seguimiento a los clínicos del servicio, que mantuvieron su rol de cabecera con los pacientes.

También se instituyó el accionar intermultidisciplinario para el control de la adolescente embarazada (que se describe más adelante).

Otra línea de interacción médico-psicólogo-asistente social fue a través de las actividades extrahospitalarias (una de las más creativas e innovadoras para el grupo); así como también la reflexión teórica o intervenciones puntuales sobre las relaciones grupales en las instituciones y sus problemáticas específicas.

Con el **Departamento de Enfermería** se logró un acuerdo para contar con personal de enfermería perteneciente a la planta permanente del Hospital, la rotación de estudiantes de enfermería de una escuela privada ("Padre Luis Tezza" del Sanatorio San Camilo); y finalmente la concreción de un programa de interacción asistencial y docente para 1994 (que se expone aparte).

Los demás **Servicios del Hospital** fueron incorporando mayor información y claridad de los roles y funciones de los componentes de la Unidad Adolescencia no sólo encarando de manera personalizada las interconsultas a ellos derivadas, sino también como consultores en las internaciones o completando el circuito al remitir o derivar a los pacientes para el seguimiento ambulatorio posterior.

Se mantuvieron las actividades de formación de Pre y Postgrado. Las de **Pregrado** con innovaciones en el estudio de Pediatría en la transmisión, utilizando talleres con dramatización de situaciones y participación de todo el equipo interdisciplinario. Además se abordaron grupos de escuelas de enfermería y psicología.

En el **Postgrado** además del **Curso de Larga Duración** (840 hs) las pasantías bimestrales, los visitantes y los cursos o conferencias, se estructuró y elevó al Decanato y Rectorado de la Universidad de Buenos Aires un proyecto de **"Maestría en Salud Integral del Adolescente"**.

También la evaluación favorable y el consiguiente aval de la **Secretaría de Salud** (Departamento Materno Infantil y Programación) de la **Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires** para la prosecución de las acciones.

Resultó muy importante la promulgación por **Ministerio de Salud y Acción Social** del Decreto del 15 de septiembre de 1993 que definió el **"Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente"** tanto por sus contenidos como por el aval que significará para los equipos que ya estaban trabajando en ese ámbito, como es el caso del Proyecto Adolescencia Buenos Aires, que participó activamente en esta iniciativa.

A. Profesionales rentados por la Municipalidad de Buenos Aires

Jefe Sección: Dr. Carlos H. Bianculli

Medicos de Planta:

Dra. Blanca Andrada (jubilación Ordinaria octubre 1993)
Dra. Carmen Barchetta (jubilación ordinaria diciembre 1993)
Dr. Enrique Berner
Dra. Ana Corral
Dra. Carmen Garcia Varela
Dra. Sandra Vazquez
Lic. Marina Dalmau (del Servicio Social)
Enf. Catalina Vera (del Servicio de Enfermería)

Profesionales Interdisciplinarios rentados por el Proyecto Adolescencia Buenos Aires - Kellogg (1992-1995)

Médicos:	Dra. Ana Maria Armatta Dra. Nilda Calandra Dra. Patricia Gonzalez Dra. Silvia Neme Dr. Cesar Patto Poch Dra. Julia Piñero Dra. Viviana Soligo
Odontóloga:	Dra. Shirley Valente
Psicólogos :	Lic. Marcelo Esses Lic. María Belén Ravani Lic. María del Carmen Alfaro
Nutricionistas:	Lic. Constanza Machain Barzi Lic. Alina Rodriguez Monteverde y rotantes
Planificación:	Lic. Alicia Garcia Bates
Asesor Contable:	Dr. Norberto Larocca

2. Asesorías Temporarias y Consultores Visitantes

A través de ciclos docentes, de intercambio y/o evaluación se llevaron a cabo reuniones con los siguientes expertos en temas puntuales que permitieron ampliar la formación e identificación del equipo:

-Educación Médica

Lic. Amanda Galli

Lic. Claudia Castro

-Metodología Científica e Investigación

Dr. Vicente Catiglia

-Programación General y Salud Bucal

Dra. Noemí Bordoni

Dra. Shirley Valente

-Técnicas de Computación y Programación

Sr. Gerardo Verrone

Sr. Horacio Masuchetti

-Epistemología - Filosofía

Dra. Esther Díaz

-Organización Comunitaria

Lic. Olga Niremborg

Orientación Vocacional y Laboral

Lic. Diana Aisenon

Lic. Analía Blainstein

Lic. Marcela Castillo

Lic. Fernando Imbroscio

-Salud Mental

Dr. Alejandro Pelisch

-Estrategias de Comunicación Grupal

Lic. Ramón Ermácora

Lic. Andrea Maurici

-Anorexia y Bulimia

Dra. Diana Pasqualini

Dra. Susana Ragatke

-Evaluación Externa

Dr. Diego Salazar

-Evaluación W.K. Kellogg Foundation

Dra. Jana Arriagada

Dra. Elsa Moreno

Consultores Visitantes

-Dr. Enrique Biedak, Jefe Departamento Materno Infantil, Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

-Lic. Haydee Lorrusso, Departamento Materno Infantil de la Municipalidad de Buenos Aires

-Lic. Raúl Moroni, Subdirector de Educación, Media Secretaría de Educación, Municipalidad de Buenos Aires.

-Padre Pedro Estupiñan, Director Hogares Don Bosco para menores de la calle

-Dra. Marta Viñas de Rodríguez Rey, (Salud Pública Universidad del Tucumán)

-Dr. Néstor Suárez Ojeda (OPS, Washington).

-Dra. Mabel Munist (OPS, Washington).

-Dr. Richard Marks (PAHEF, Washington).

-Dr. Solum Donas (OPS, Costa Rica)

-Dr. Enrique Dulanto Gutiérrez (México).

-Dr. Steve Werner (Denver, Colorado - USA - Programa de la W. K. Kellogg Foundation)

-Dr. Cándido Roldán Evaluación de Condiciones de Eficiencia de Servicios de Adolescencia (OPS - Kellogg)

3. Multidisciplinas Complementarias

a. Intrahospitalarias

Contactos personalizados con los siguientes especialistas para interconsulta - derivación - supervisión - trabajos conjuntos de investigación:

-Dirección - Subdirección del Hospital "Dr. Cosme Argerich"

-Dr. Enrique Rozemblat (Director)

-Dr. Miguel Angel Martini (Subdirector)

-Departamento Materno Infanto Juvenil

-Dr. Osvaldo Parada (Jefe Depto)

-División Pediatría

-Dra. Martha Traverso y Grupo de Residentes de Pediatría en Internación

-División Obstetricia

-Dr. Rodolfo Salinas

-Dra. Viviana Kramer

-Dra. Viviana Quintela

-División Area Programática

-Dr. Juan José Revoiras (ex Jefe)

-Dr. Néstor Román (Jefe)

-Dr. Jorge Massuelo

-Dermatología

-Dr. Choueta (Jefe)

-Dr. Nicolás Nicolini Pizarro (ETS)

-Neurología

-Dra. Patricia Deffazio

-Cardiología

-Dra. Aurora Ruiz

-Dr. Julio Rodríguez

-Endocrinología

-Dr. Tulio Moradei

-Dra. Patricia Osorio

-Psiquiatría

-Dr. Carlos Coquet (Jefe)

-Grupo de Terapia de Adolescentes

-Grupo de Terapia Familiar

-Grupo de Madres de Adolescentes

-Emergencias

(Varios Profesionales de Pediatría/Clinica Médica/Cirugía, según cada día)

-Asociación Médicos del Hospital

-Dr. David Brodski

-Departamento de Enfermería

-Lic. Nelly Smith (Jefe)

-Lic. Estela Alonso (Docencia de Pre y Postgrado)

-Servicio Social

-Lic. María Inés Scivoli (Jefe)

b. Extrahospitalarias

A través de los grupos comunitarios, docentes, de investigación técnica, etc.; en sedes oficiales o de organizaciones no gubernamentales se coordinaron acciones o proyectos de coparticipación con:

-Escuelas Municipales de Enseñanza Media (EMEM) O Técnica (EMET) del área:

-EMET 1

Prof. Rodríguez (Director)
Lic. Lucila Hernández

-EMEM 7

Prof. Liliana Pérez (Directora)

-EMEM 5

Prof. Rosalia Nardones (Directora)

Hogares Salesianos para Menores en la Calle (Don Bosco y Santa Catalina)

Padre Pedro Estupiñán

Padre Enrique

Dr. Luis Montenegro (Coordinador de los diferentes Hogares)

Equipos responsables de cada Hogar

-Escuela Superior de Arte del Teatro Colón

Sr. Sergio Renán (Director Teatro Colón)

Profesor Alberto Balzanelli (Director Escuela Superior de Danza)

Srta. Guillermina Coronel (preceptora)

-Escuela de Enfermería "Padre Luis Tezza"

-Centro de Estudios de Nutrición Infantil (CESNI)

Dra. Elvira Calvo (Pediatra Nutricionista)

Dr. Esteban Carmuega (Subdirector)

Dr. Alejandro O'Donnell (Director)

-Hospital Escuela "José de San Martín" Servicio de Adolescencia

Dra. Ana Coll

Dr. Gustavo Girard

Dr. José Medes Ribas

-Centro de Apoyo al Desarrollo Local (CEADEL)

Dr. Néstor Perrone

Lic. Olga Niremborg

Lic. Liliana Caldarelli

-Hospitales Municipales de Buenos Aires

- de Pediatría "Juan P. Garrahan"

Dra. Carmen Mazza

Dra. Cecilia Bay

Dr. Julio Manziti

Dr. Esteban Carmuega

Dr. Alejandro O'Donnell

- de Pediatría "Pedro de Elizalde"

Dra. Cristina Stokovars

Dr. Enrique Lalla

- de Pediatría "Ricardo Gutiérrez"

Dra. Ana Buonsignore

Dra. Diana Pasqualini

Dra. Silvia García

- General de Agudos "Ricardo Durán"

Dr. Jorge Vukasovic

- General de Agudos "Zubizarreta"

Dra. Graciela Martese

- General de Agudos "Pena"

Dr. Gerardo Vaucheret

- General de Agudos "Velez Sarfield"

Dra. María Isabel Herrera

-Hospital Italiano de Buenos Aires

Dra. Cristina Catsicaris

-Hospital Rivadavia

Dra. Eugenia Trumper

Dra. Ana de Uriarte

4. Redes Intersectoriales

Con el proceso de expansión/difusión se realizaron conexiones formales con otros grupos ya estructurados que trabajan de alguna manera con la problemática del Adolescente y su entorno; como los que se consignan:

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires

-Secretaría de Salud - Departamento Materno Infantil

Dr. Enrique Biedak (Jefe de Departamento Materno Infantil)
Lic. Haydée Lorrusso
Lic. Silvia Del Maso (Servicio Social)
Dra. Mirtha Boxer (Legislación de Menores)

Secretaría de Educación - Dirección de Enseñanza Media.

Profesora Silvia Menoyo (Directora)
Profesor Raúl Moroni (Subdirector)

Consejo Deliberante

Dr. Néstor Bilancieri (Presidente de la Comisión de Salud)

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación

-Secretaría de Salud

Dr. Alberto Massa (Ministro de Salud y Acción Social)
Dra. Dora Sarachaga (Secretaría de Salud)
Dra. Emilse Vera Benítez (Jefe Dpto. Materno Infantil)
Dra. Alda Barbatto
Dra. Yolanda Awada (Asesora)

-Minoridad y Familia

Dr. Atilio Alvarez
Lic. Olga Loppo
Dr. Luis Casavilla

Universidad de Buenos Aires

-Consejo Superior

Dr. Portmoy (Decano Facultad de Cs. Económicas)
Dra. Slapak (Decano Facultad de Psicología)
Dr. Boveri
Dr. Ferreira (Decano Facultad de Medicina)
Dr. Montereano

-Departamento de Maestrías

Lic. Luisa Jacobson

-Facultad de Medicina

Dr. Néstor Ferreira (Decano)
Dr. Pablo Califano (Secretario Académico)

-Facultad de Odontología

Dra. Noemí Bordoní (Titular Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria)
Dra. Shirley Valente

-Consejo Nacional Científico y Técnico (CONICET)

Dr. Raúl Matera
Dr. Frers

Sociedad Argentina de Pediatría

-Comité de Estudios Permanentes del Adolescente (CEPA)

Dra. Silvia García (Secretaria)
Dr. Carlos Bianculli (Prosecretario)

-Comité de Psicología, Grupo de Menores de la Calle

Dra. Mónica Waisman
Dra. Frida Ritterman

-Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil

B. COORDINACION DE LAS ACCIONES

1. INTRAHOSPITALARIAS

1.1. Interdisciplina Interna

Como se expuso en el primer informe, y asumiendo también ahora lo **multidisciplinario** como indispensable y lo **interdisciplinario** consecuente como ideal; se intentó cubrir espacios de otras áreas del conocimiento y acción referidos a la salud del adolescente. La autoreflexión sobre la dinámica y desarrollo de las consultas clínicas y de las relaciones grupales, puntualizando específicamente las fallas estructurales de la tarea diaria; además de revisiones sobre errores de planificación y estrategia, permitieron la participación creciente y cada vez más madura de todos y cada uno de los componentes de los miembros del equipo.

Esas dinámicas interpersonales que surgieron paulatinamente a través de mutuos reconocimientos al madurar el accionar cotidiano en lo asistencial y docente, permitieron la constitución de equipos para determinadas áreas (Psicología, Ginecología, Nutrición, embarazo adolescente, prevalencias de ETS y SIDA, talleres extrahospitalarios en escuelas y hogares comprendidos por el Proyecto. También elaboración de encuestas, informes, compilación y redacción de los criterios normativos para clínica, enfermería; registro computado de las acciones, trabajos libres, etc.

En todas estas actividades se entendió por Equipo Interdisciplinario al "grupo articulado de profesionales de diferentes disciplinas en un mismo espacio de trabajo, convocados por el objetivo de un accionar conjunto alrededor de los contenidos de un proyecto que los conduce a efectuar una producción clínica, operativa y teórica; y que al reflexionar sobre su práctica van constituyendo un marco referencial- conceptual común que inicia la creación de paradigmas transdisciplinarios de uso interno en sus comienzos y replicables posteriormente".

A su vez, por Miniequipo Interdisciplinario a "la mínima unidad operativa necesaria para el abordaje en un consultorio de especialidad intrahospitalaria o en un espacio institucional-comunitario; con un criterio de integralidad que permita las múltiples miradas y diversidad de recursos en el accionar". Esta unidad mínima debe cubrir los aspectos bio-psico-sociales redefinidos estratégicamente y dinámicamente según el caso por caso.

Opera como el referente estable y permanente en cada una de las patologías en el ámbito intrahospitalario o en las instituciones y espacios abordados en el extrahospitalario.

La Reunión Interdisciplinaria Semanal de Miniequipos significó un lugar en donde los diversos miniequipos, a cuyo cargo se hallan las diferentes especialidades o instituciones y tareas; se encuentran con el objetivo de compartir la información y de co-pensar reflexivamente las posibles rectificaciones y/o ratificaciones necesarias en sus procesos particulares.

Es desde este espacio que se pone en acción la **evolución permanente** con un diálogo para la **planificación estratégica** y en una búsqueda constante del mejoramiento de las acciones y las respuestas pertinentes.

Subproyecto I: Intrahospitalario

- Estimulo de demanda de controles en salud
- Controles diferenciales de las patologías habituales
- Base informática de registro, almacenamiento y recuperación
- Difusión gráfica del Servicio, el Proyecto y controles de prevención
- Cartelera y sala de espera con difusión grupal
- Modificar la continencia del adolescente internado en un hospital de agudos de alta complejidad (extrapolable a toda otra institución con internación de adolescentes)
- Oportunidades de prevención vs. oportunidades pérdidas durante la internación o atención ambulatoria

1.2. Dinámica Asistencial

Según lo estructurado previamente, todo adolescente (de 10 a 20 años) debe ser referido a la Unidad de Adolescencia donde es recibido por el **Secretario** quien inicia la H.C.I.; entregándose siempre un **carnet de identificación**.

Posteriormente, la **Enfermera** mientras registra antropometría y tensión arterial da prioridad por criterio de urgencia a los pacientes que la presente.

La entrevista de primera vez la realiza un clínico quien automáticamente se transforma en **Médico de Cabecera**, constituyéndose en un referente responsable y confiable que acompañará a este joven en su proceso histórico de adolescencia.

La primera acción es la confección de la **Historia Clínica** que se caracteriza por estar dirigida a cubrir ampliamente los aspectos biopsicosociales y configura un instrumento que fomenta el **abordaje integral**.

Gracias a la existencia del equipo **interdisciplinario**; el médico de cabecera se encuentra hoy mejor capacitado para evaluar y diagnosticar la florida problemática del adolescente en sus múltiples facetas. Además, en aquellos casos en que se evalúe necesaria la integración de una consulta con algunos de los **profesionales de otras disciplinas** del equipo (psicológico, asist. social, ginecológicos, etc.); éstos adjuntan sus informes en la **historia clínica unificada**.

Este accionar interdisciplinario permite que en una misma consulta el adolescente pueda ser visto y evaluado en un mismo espacio de trabajo; por un equipo que comparte criterios de salud unívocos.

Si el médico de cabecera evalúa que debe interconsultar a otro servicio del hospital será él quien lo acompañe, transformándose en **coordinador y articulador** de las futuras acciones de salud. Lo recién mencionado, sumado a la pertenencia de ese profesional al equipo interdisciplinario, logra una menor deserción de pacientes adolescentes al sentirse contenidos en todo momento y viviendo la Unidad como **lugar de referencia o propio**.

El crecimiento del Servicio trajo un aumento en el número de **consultas de mayor complejidad**, lo cual obligó a la creación de **subgrupos de trabajo** con el objetivo de especializarse en el abordaje y tratamiento de algunas patologías específicas (trastornos del apetito, embarazo en la adolescencia, nutrición, pacientes en riesgo, etc.); ganando así mismo en capacidad de captar, orientar y derivar otras patologías que necesitan centros especializados de alta complejidad (SIDA, adicciones).

Durante el presente año cobró mayor interés el aprovechamiento del tiempo que cada paciente pasa en sala de espera al aumentar las acciones de educación para la salud en dicho espacio.

También la Unidad se transformó en un espacio de reflexión, capacitación, y evaluación permanente de la práctica clínica a través de:

- Pases interdisciplinarios** del Subproyecto **Extrahospitalario**: lunes de 11 a 13 hs.
- Reuniones de todos los miembros** del Proyecto: los días **miércoles** de 11 a 13 hs.

-Pases interdisciplinarios con énfasis en **Salud Mental**: viernes de 11.30 a 13 hs.

-Ateneos de actualización con otros **Servicios del Hospital**

-Asunción por varios miembros del equipo de **módulos asistenciales** - docentes para el pre y postgrado.

Todas estas actividades y estrategias tendieron a transformar el accionar en un verdadero espacio de los adolescentes, sin dejar de contemplar la singularidad y la personalización del caso por caso.

HISTORIA CLINICA DEL SERVICIO

NOMBRE DEL PACIENTE		ESTABLECIMIENTO		FOLIO	
APELLIDO Y NOMBRES		ESCOLARIDAD		SI ☐ NO ☐	
DIRECCION		REPIETIOT		SI ☐ NO ☐	
LOCALIDAD		AÑO		MES	
C.A.P.		SEXO		M ☐ F ☐	
FECHA NAC.		ESTADO CIVIL		SI ☐ NO ☐	
OCCUPACION		ENFERMEDADES PREEXISTENTES		SI ☐ NO ☐	
ESTADISTICA S.O.L.T.		CAS		SEP	
MOTIVO DE LA CONSULTA		ACUSACION		ACUSACION	
ANTECEDENTES PERSONALES:		HISTORIA SOCIAL FAMILIAR		HISTORIA SOCIAL PERSONAL	
CONVIVE 1. ABUELO 2. MADRE 3. PADRE 4. HERMANO 5. HERMANA 6. PADRE 7. MADRE 8. PADRE 9. MADRE 10. PADRE 11. MADRE 12. PADRE 13. MADRE 14. PADRE 15. MADRE 16. PADRE 17. MADRE 18. PADRE 19. MADRE 20. PADRE 21. MADRE 22. PADRE 23. MADRE 24. PADRE 25. MADRE 26. PADRE 27. MADRE 28. PADRE 29. MADRE 30. PADRE 31. MADRE 32. PADRE 33. MADRE 34. PADRE 35. MADRE 36. PADRE 37. MADRE 38. PADRE 39. MADRE 40. PADRE 41. MADRE 42. PADRE 43. MADRE 44. PADRE 45. MADRE 46. PADRE 47. MADRE 48. PADRE 49. MADRE 50. PADRE 51. MADRE 52. PADRE 53. MADRE 54. PADRE 55. MADRE 56. PADRE 57. MADRE 58. PADRE 59. MADRE 60. PADRE 61. MADRE 62. PADRE 63. MADRE 64. PADRE 65. MADRE 66. PADRE 67. MADRE 68. PADRE 69. MADRE 70. PADRE 71. MADRE 72. PADRE 73. MADRE 74. PADRE 75. MADRE 76. PADRE 77. MADRE 78. PADRE 79. MADRE 80. PADRE 81. MADRE 82. PADRE 83. MADRE 84. PADRE 85. MADRE 86. PADRE 87. MADRE 88. PADRE 89. MADRE 90. PADRE 91. MADRE 92. PADRE 93. MADRE 94. PADRE 95. MADRE 96. PADRE 97. MADRE 98. PADRE 99. MADRE 100. PADRE		HISTORIA SOCIAL FAMILIAR CONVIVE 1. ABUELO 2. MADRE 3. PADRE 4. HERMANO 5. HERMANA 6. PADRE 7. MADRE 8. PADRE 9. MADRE 10. PADRE 11. MADRE 12. PADRE 13. MADRE 14. PADRE 15. MADRE 16. PADRE 17. MADRE 18. PADRE 19. MADRE 20. PADRE 21. MADRE 22. PADRE 23. MADRE 24. PADRE 25. MADRE 26. PADRE 27. MADRE 28. PADRE 29. MADRE 30. PADRE 31. MADRE 32. PADRE 33. MADRE 34. PADRE 35. MADRE 36. PADRE 37. MADRE 38. PADRE 39. MADRE 40. PADRE 41. MADRE 42. PADRE 43. MADRE 44. PADRE 45. MADRE 46. PADRE 47. MADRE 48. PADRE 49. MADRE 50. PADRE 51. MADRE 52. PADRE 53. MADRE 54. PADRE 55. MADRE 56. PADRE 57. MADRE 58. PADRE 59. MADRE 60. PADRE 61. MADRE 62. PADRE 63. MADRE 64. PADRE 65. MADRE 66. PADRE 67. MADRE 68. PADRE 69. MADRE 70. PADRE 71. MADRE 72. PADRE 73. MADRE 74. PADRE 75. MADRE 76. PADRE 77. MADRE 78. PADRE 79. MADRE 80. PADRE 81. MADRE 82. PADRE 83. MADRE 84. PADRE 85. MADRE 86. PADRE 87. MADRE 88. PADRE 89. MADRE 90. PADRE 91. MADRE 92. PADRE 93. MADRE 94. PADRE 95. MADRE 96. PADRE 97. MADRE 98. PADRE 99. MADRE 100. PADRE		HISTORIA SOCIAL PERSONAL CONVIVE 1. ABUELO 2. MADRE 3. PADRE 4. HERMANO 5. HERMANA 6. PADRE 7. MADRE 8. PADRE 9. MADRE 10. PADRE 11. MADRE 12. PADRE 13. MADRE 14. PADRE 15. MADRE 16. PADRE 17. MADRE 18. PADRE 19. MADRE 20. PADRE 21. MADRE 22. PADRE 23. MADRE 24. PADRE 25. MADRE 26. PADRE 27. MADRE 28. PADRE 29. MADRE 30. PADRE 31. MADRE 32. PADRE 33. MADRE 34. PADRE 35. MADRE 36. PADRE 37. MADRE 38. PADRE 39. MADRE 40. PADRE 41. MADRE 42. PADRE 43. MADRE 44. PADRE 45. MADRE 46. PADRE 47. MADRE 48. PADRE 49. MADRE 50. PADRE 51. MADRE 52. PADRE 53. MADRE 54. PADRE 55. MADRE 56. PADRE 57. MADRE 58. PADRE 59. MADRE 60. PADRE 61. MADRE 62. PADRE 63. MADRE 64. PADRE 65. MADRE 66. PADRE 67. MADRE 68. PADRE 69. MADRE 70. PADRE 71. MADRE 72. PADRE 73. MADRE 74. PADRE 75. MADRE 76. PADRE 77. MADRE 78. PADRE 79. MADRE 80. PADRE 81. MADRE 82. PADRE 83. MADRE 84. PADRE 85. MADRE 86. PADRE 87. MADRE 88. PADRE 89. MADRE 90. PADRE 91. MADRE 92. PADRE 93. MADRE 94. PADRE 95. MADRE 96. PADRE 97. MADRE 98. PADRE 99. MADRE 100. PADRE	

ENFERMEDAD ACTUAL		EXAMEN FISICO	
PEL	ALTURA	FC	GENITALES
TAMPO	UNAS	VELOP	
ASPECTO GENERAL:			
PULSACIONES:			
CRANEOCABA:			
CAVIDAD ORAL/DIENTES:			
CUELLO/TIRONES:			
TOMAS/AMAS:			
AP. RESPIRATORIO:			
AP. CARDIOVASCULAR:			
ABDOMEN/INTESTINOS:			
AP. URINARIO:			
AP. GEMITAL:			
COLUMNA/MIEMBROS:			
NEUROLÓGICO:			
AGUDEZA VISUAL:			
OTROS:			
Aspecto físico, social, laboral y salud a la consulta:			
Hallazgos al examen físico:			
Factores de riesgo:			
Diagnóstico diferencial:			
Análisis de laboratorio:			
Hipótesis diagnósticas:			
Conclusión:			
Diagnóstico final:			

1.3. Areas de desarrollo intrahospitalario

Durante el período 1993 se logró la concreción de **nuevas acciones** vinculadas al Subproyecto Intrahospitalario que habían sido previstas como objetivos para el año además de continuar con el **desarrollo de las ya existentes**. Todas resultaron un valioso complemento al propósito último de "prestar atención integral e interdisciplinaria al adolescente y su entorno familiar" que concurre al Hospital Argerich.

A continuación se hace un relato resumido de las áreas de **Nutrición, Ginecología, Salud Mental, Enfermería, Educación para la Salud en Sala de Espera, Salud Bucal** en atención primaria.

Además la organización e implementación de un **sistema de información y registro estadístico** de la producción y evaluación de las acciones de salud de los adolescentes pertenecientes al Subproyecto.

AREA DE NUTRICION

El Equipo de Nutrición, comenzó a funcionar en el mes de junio de 1993 por la detección en número creciente de adolescentes con obesidad y trastornos de la conducta alimentaria, con el propósito de "mejorar el estado nutricional de la población en crecimiento infanto juvenil y prevenir factores de riesgo para la vida adulta".

Se halla integrado a la estructura de atención de adolescentes, del ~~Servicio~~ *Servicio*, compuesto por médicos, psicólogos y nutricionistas rotantes del Servicio de Nutrición del Hospital.

Tiene por objetivos específicos

Brindar oportunidad de controles nutricionales

Ofrecer información acerca de las dietas adecuadas y económicamente accesibles aprovechando los recursos disponibles

Indicar dietas convenientes para cada sexo y estado evolutivo (Tanner) y actividad física.

Impartir nociones para orientación familiar sobre alimentación adecuada y prevención primaria de las patologías específicas (bulimia, anorexia, obesidad, hipercolesterolemia)

Realizar detección temprana de patología nutricional y su corrección oportuna

La patología nutricional no escapa a la necesidad del abordaje integral del paciente adolescente, por lo que el tratamiento de dichos trastornos se realiza en forma interdisciplinaria, ya sea a través de la consulta individual o de la familia indicando pautas nutricionales permitiendo la economía de recursos y la disponibilidad de los mismos. Se favorece el contacto entre padres e hijos, aprovechando así la oportunidad para realizar la prevención familiar de patología de riesgo cardiovascular, dislipidemias, diabetes, obesidad, anemia, salud bucal, osteoporosis, hipovitaminosis, etc.

Trastornos de la conducta alimentaria:

- Malnutrición
- Malos hábitos alimentarios
- Sobrepeso
- Obesidad
- Anorexia
- Bulimia

I. Ambulatorio

Del total de consultas atendidas entre los meses de junio de 1993 y febrero de 1994 la prevalencia del sexo femenino fue de 3/1 con respecto a los varones. La mayor cantidad de consultas se registra entre 14 y 16 años; y se observaron diversos grados de obesidad como evidente entidad en el total de consultas y algunas pacientes con anorexia nerviosa de distintos grados.

El 25% de los pacientes presentaban colesterol por encima de 200mg, algunos acompañados por hipertrigliceridemia.

El 50% de los pacientes presentó como dato asociado de importancia, **obesidad en un familiar cercano o conviviente**; y también **hipercolesterolemia y/o hipertensión**; así como **alcoholismo en la madre, padre o abuelos**.

El **recordatorio alimentario**, realizado en todos los pacientes, permitió detectar un mal hábito alimentario generalmente con omisión del desayuno, dietas desbalanceadas, con exceso calórico total, ricas en grasas saturadas, azúcares refinados, pan, pastas, etc.

Sólo en pequeños grupos existía difusión del agregado de cereales a la dieta (publicidad o dieta, etc.)

Una sucinta encuesta al azar en la Sala de Espera permitió registrar diversos tipos de carencias ya sea habitacional (dormitorios, agua potable, electricidad, gas) o desinformación dietética, incapacidad para proveerla, o costumbres culinarias que no las incluyen. También trabajo materno fuera de la casa que impide dedicación en estos quehaceres.

II. Internación

Concomitantemente surgió la posibilidad de compartir con el equipo de pediatras del servicio homónimo el tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa y por lo que se constituyó un grupo interdisciplinario para el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

El equipo desarrolló el control ambulatorio desde el Servicio de Adolescencia, y ante la necesidad de internación por descompensación; se incorporó el plantel profesional de la Sala de Pediatría.

Mediante un pase diario con los médicos residentes de planta y la jefa de sala, se mantuvo la unidad de criterios durante este período, centrándose en la elaboración por parte del grupo médico de la sala (especialmente sus miembros más jóvenes) de la necesidad de un rol no hegemónico por la misma característica de la patología, con necesidades multiprofesionales.

Logros

1. Conformación del equipo y oficialización de un espacio de atención con citación previa en horarios matutinos, y extensión horaria posterior.
2. Capacitación de los integrantes (bibliográfica, concurrencia a las Jornadas de Obesidad y Congreso de Nutrición, etc.) con el aval económico del Proyecto. **Kellogg** -
3. Confección de una ficha con el recordatorio alimentario semanal de cada paciente.
4. Incorporación de tablas específicas del tema a la historia clínica.
5. Participación de la familia acompañante ya que en la consulta se la incluye como copartípe del tratamiento y como receptora de indicaciones terapéuticas y de educación sanitaria.
6. Motivación de los otros clínicos de la Unidad para la detección precoz y derivación oportuna normatizada.

Prospectivas

"Incorporar una nutricionista estable.

"Mejorar el registro de pacientes con buena discriminación estadística, incorporando a la ficha bio-psico-social de la Unidad, los registros del DNI y las correspondientes tablas para sexo y edad.

"Diseñar un registro de software para patología nutricional.

"Intensificar la conexión con Servicio de Endocrinología para el seguimiento conjunto de pacientes con anorexia nerviosa, obesidad, diabetes, etc.

"Difundir temas de nutrición en Sala de Espera.

"Realizar tareas de capacitación docente sobre temas de nutrición en pre y postgrado de Pediatría y Enfermería.

"Realizar grupos de reflexión con coordinadores rotativos, según la patología de cada adolescente.

"Realizar talleres en la comunidad (escuelas, sociedades de fomento, scouts, etc.), con el objetivo de fomentar la difusión de temas de nutrición en adolescencia, fomentar la formación de agentes multiplicadores sobre temas de nutrición en adolescencia y detección de patologías para su derivación oportuna.

"Realizar según pautas normativas, un diseño de investigación sobre hábitos y carencias en los adolescentes del área.

"Incorporar a la Unidad Adolescencia, el Proyecto Adolescencia Buenos Aires y la Fundación Para la Salud del Adolescente del 2000 (FUSA 2000) a la Sociedad de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, u otra de similar relevancia.

AREA GINECOLOGIA

El consultorio de ginecología continuó a cargo de 2 ginecólogas con especialización infanto-juvenil y pertenecientes a la Unidad Adolescencia y el Proyecto.

I. Area Asistencial

Se realizaron 1330 consultas, con incremento constante en número y complejidad de las mismas, que se suponen generadas por demanda espontánea; o por una mejor detección de factores de riesgo ginecológico por parte de los clínicos. Intentando mejorar los aspectos organizativos, la atención interdisciplinaria, y las interconsultas personalizadas con otros especialistas de hospitales se modificaron las actividades de la siguiente forma:

- Aumento de los días de atención a 4 veces por semana, incrementándose así las horas de atención al paciente de 9 a 12 horas semanales.
- Oficialización de días para la atención de pacientes ginecológicas de primera vez, y otro día para las consultas ulteriores.
- Asignación de días de atención para cada una de las ginecólogas, con cobertura, por parte de la otra de las interconsultas que surgían en el curso de la atención de los médicos clínicos.
- Normatización de la atención previa por el médico clínico quien realiza la historia y examen clínico general, antes del pase a ginecología.
- Distematización del flujo de pacientes, habituándolos a solicitar su historia clínica en la secretaría del Servicio.
- Inclusión de la H.C. ginecológica a la Historia General, con archivo único.
- Incorporación de la enfermera en las tareas de apoyo ginecológico.
- Perfeccionamiento de los sistemas de registro diario en la planilla general del servicio con registros detallados.
- Estimulación de la demanda para controles en salud, continuidad de métodos anticonceptivos, Papanicolaou periódico, seguimiento de embarazo, control médico de la pareja, etc.
- Sistematización de la toma de PAP a todas las pacientes que concurrieron a ginecología por primera vez y que hubieran iniciado su vida sexual.
- Aumento de la detección de consultas sexuales de riesgo para ETS y embarazo no deseado.
- Incremento de las relaciones con otros servicios fundamentales para la patología ginecológica, como son las áreas: Clínica de Endocrinología, Obstetricia, Ginecología, Patología Mamaria y las de diagnóstico como Anatomía Patológica, Bacteriología y Ecografía, continuando con la tónica experimentada en años anteriores, de la interconsulta personalizada.

Esta modalidad de atención ginecológica redundó en los siguientes resultados:

- Aumento del número de pacientes atendidas.
- Disminución del tiempo de espera entre la adjudicación del turno y la atención ginecológica.
- Aumento del tiempo dedicado a cada paciente en la primer consulta, y asimismo mayor agilidad en las consultas ulteriores.

-Detección facilitada de los factores de riesgo ginecológico en virtud del esquema de trabajo utilizado y la mayor experiencia en el manejo interdisciplinario de la adolescente, con mejor aplicación de las normas de prevención.

-Conformación de una red más extensa de derivación a las distintas especialidades al conseguir identificación específica de los profesionales más motivados para la atención de adolescentes en cada servicio consultado.

II. Areas de capacitación y docencia

Siguiendo con la tónica general, se continuó con la **capacitación** en áreas generales (como Metodología de la Investigación, Epistemología, Evaluación, Abordaje de la Comunidad, etc.); y específica en temas de la especialidad, concurriendo a diversos cursos y jornadas (referidas principalmente a temas de Anticoncepción, Reproducción, Embarazo Adolescente) y en el IIIº Congreso Latinoamericano de Ginecología Infanto Juvenil realizado en Chile.

En Docencia de **postgrado** a través de clases y talleres se expuso sobre:

-“Anticoncepción en la Adolescencia”, dentro del curso de Medicina del Adolescente, Nivel II de la Sociedad Argentina de Pediatría.

-“Interdisciplina Clínico - Ginecológica”, dictado en el Hospital Ricardo Gutiérrez - LA PLATA, dentro de las Jornadas

-Capacitación en elementos básicos para la atención ginecológica a 6 médicos clínicos pertenecientes al Proyecto, quienes realizaron pasantías durante 10 semanas, con un total de 30 horas cada uno.

En docencia de **pregrado**: se participó en el dictado de clases y talleres afines a la especialidad en todas las rotaciones y en la extensión extrahospitalaria a los propios adolescentes y adultos responsables.

Se colaboró en los talleres sobre sexualidad programados para los colegios del área.

Se programaron talleres de sexualidad, conjuntamente con una médica sexóloga, dirigido a adolescentes de sexo femenino concurrentes a la Unidad con previa citación a los mismos. En este grupo se observó una alta deserción de las pacientes citadas, por lo que está previsto para el próximo año, modificar los estilos de abordaje y captación.

III. Area de Investigación:

-Se elaboró y presentó al 3º Congreso Latinoamericano de ginecología Infanto juvenil, un trabajo basado en una encuesta realizada durante 1992, sobre **Anticoncepción**; cuyos resultados permitieron el mayor conocimiento acerca de los mitos y resistencias sobre el tema y mejorar los aspectos preventivos del embarazo adolescente.

-Se encuentra en realización una investigación sobre **Embarazo adolescente**, habiéndose convocado para la misma a profesionales de distintas disciplinas: **Clínicos, Psicólogos, Obstetra, Asistente Social, etc.** Esta propuesta se propone no sólo estudiar los aspectos biopsicosociales de las adolescentes ya embarazadas, sino también hacer un seguimiento de dichos embarazos hasta el parto, o hasta que decidan la interrupción del mismo, trabajando a posteriori todas ellas para la anticoncepción.

Se asume que los resultados de esta Investigación nos permitirán conocer el perfil de las adolescentes que concurren ya embarazadas, para poder actuar preventivamente en su futuro. Captación postparto y/o postaborto.

-También se ha comenzado un acercamiento multidisciplinario que pretende abordar la prostitución adolescente del área.

Consultas tocoginecológicas

Controles en salud	18,3%
Métodos anticonceptivos	15,4%
Flujo vaginal	10,2%
Atraso menstrual	8,7%
Embarazo	5,3%
Pap	4,5%
Otras	37,0%

Consultorio de adolescentes embarazadas

Integrantes:

- Clínicos
- Ginecológicos
- Obstétricos
- Psicólogos

Estrategias:

Control de amenorreicas

Diagnóstico de embarazo

- Seguimiento
- Grupos de reflexión
- Parto sin temor

Seguimiento de embarazadas

Recaptación post-aborto y/o postparto

Información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos

Continencia de la pareja masculina

AREA SALUD MENTAL

Con el objeto de "configurar un equipo de Salud Mental destinado a los adolescentes, a su familia y a su núcleo de pertenencia como parte de un grupo interdisciplinario"; se elaboraron los siguientes:

Objetivos específicos

Contribuir al mejoramiento de la relación médico-paciente y a la elaboración de estrategias para ser llevadas a cabo por el clínico.

Orientar al adolescente y a su familia en un primer nivel de atención psicológica.

Promover los canales de derivación y seguimiento de aquellas consultas que sobrepasen el nivel anterior.

Contribuir a la consolidación de un archivo único de historias clínicas incluyendo el enfoque psicológico-psiQUIÁTRICO.

Contribuir al proceso de recolección de datos e información estadística para la evaluación y seguimiento de las acciones intrahospitalarias como parte del proyecto total (modelo de registro estadístico).

Contribuir a la conformación de un mensaje de cartelera y buzón de sugerencias permanentes y actualizadas en Sala de Espera.

Contribuir a la formalización de un sistema de abordaje de los adolescentes en Sala de Espera para el desarrollo de contenidos de educación para la salud.

Ampliación de la tarea asistencial con horarios vespertinos alternos.

Estructuración de un sistema de nueva citación para los desertores de todo el equipo (fichero de riesgo).

Contribuir a la elaboración de dispositivos de abordaje para patologías específicas.

Actividades

Realización de interconsultas sobre jóvenes, padres y otros profesionales; por solicitud de los clínicos y ginecológicos del equipo de Adolescencia.

Realización de una secuencia de entrevistas de orientación destinadas al adolescente y su familia.

Articulación y creación de canales de derivación y seguimiento de las consultas junto con el psicólogo "puente" de Psicopatología.

Colaboración en la consolidación de un archivo único de historias clínicas con la creación y la utilización del modelo de registro estadístico.

Conformación de la cartelera y buzón de sugerencias en Sala de Espera.

Creación de nuevos dispositivos de abordaje sobre patologías específicas.

Ampliación de la tarea asistencial con horarios vespertinos alternos.

CONSIDERACIONES ACERCA DEL ROL DEL PSICOLOGO "PUENTE" PARA MEJORAR LA DERIVACION AL SERVICIO DE PSICOPATOLOGIA

Al hacerse esta evaluación interesa especialmente revisar de qué manera se da curso a una demanda que atraviesa y trasciende el quehacer médico en la interconsulta psicológica y la derivación a Psicopatología.

- 1 Si bien no se puede saber efectivamente por qué un paciente no concurre a la entrevista al ser derivado, sí se consideran posibles ciertas hipótesis:

Pacientes que requieren de un período de tiempo personal para poder procesar y hacerse cargo de su malestar (es el caso de un paciente que no concurre cuando se hace la derivación y sí concurre más adelante).

Pacientes que presentan una situación de "urgencia" (crisis de ansiedad en una neurosis grave o psicosis) que requiere la interconsulta con Psiquiatría. La urgencia es atendida (se indica medicación), pero el paciente no está dispuesto a elaborar su ansiedad.

Pacientes que vienen traídos por sus padres o por la escuela, generalmente púberes.

En estos casos, el síntoma (trastornos de aprendizaje) es sancionado por los adultos; son otros quienes demandan atención, mientras que al adolescente esto no le preocupa. Es frecuente que se presenten "aplastados" por la demanda de los padres. El hecho de negarse o resistirse a concurrir se puede considerar en ciertos casos como un signo de reacción positiva ante el mandato de los padres (indica una posición de mayor subjetividad, a diferencia de quedar como "objeto" de los padres).

Esto no significa creer que al adolescente no le pasa nada, sino que para que algo se le haga síntoma que le preocupe o sufra tendrá que, en principio separarse del adulto, y transcurrir cierto tiempo.

- 2 Con respecto a los pacientes que concurren a Psicopatología, se encuentra que una franja considerable sólo asiste a algunas entrevistas.

Al evaluar caso por caso, se advierte que un número importante de estos pacientes traen un malestar o sufrimiento que motiva su derivación, pero en el transcurso de la o las entrevistas buscan una solución inmediata sin querer implicarse en lo que les sucede (depositan en otro el problema). Implicarse quiere decir que, además de la queja o el lamento pueden preguntarse algo acerca de lo que les sucede; de este modo puede crearse una suposición de saber que funda una demanda de análisis.

Hay quienes parecen buscar sólo un testigo de su sufrimiento pero no están dispuestos a dejar de sufrir. Estos pacientes experimentan una satisfacción en el dolor (goce), y no aceptan ser removidos de este lugar (egodistonia).

Algunos pacientes logran "resolver" o "reordenar" en unas pocas entrevistas la situación problemática con la que vienen. En estos casos se piensa que el motivo que los trae tiene que ver con ciertos conflictos en la relación con los demás, que no llega a constituir un síntoma.

Esto suele suceder con los púberes puesto que ciertas intervenciones realizadas con los padres (y en presencia de éstos) tienen una doble repercusión: el púber sabrá que su palabra tiene valor, y los padres que pueden darle otro lugar que el de "soporte" del conflicto.

También se encuentran algunos de estos pacientes que concurren a una o dos entrevistas, regresan más adelante y reinician el curso de las mismas.

Una situación a tener en cuenta, al hacer estas hipótesis, es la infraestructura hospitalaria y las limitaciones que supone respecto a horarios de atención (mayor cobertura por la mañana). Estas se acentúan cuando el paciente tiene que trasladarse desde lugares muy distantes para concurrir al Hospital y además, estudia o trabaja.

Al referirse a este grupo de pacientes, se dice por lo general, que concurren a unas "primeras entrevistas", con la suposición de que todos los pacientes deben hacer tratamiento, y por ello tendemos a considerarlo como abandono precoz de un proceso aparentemente iniciado. Al evaluar lo que sucede en estas entrevistas se piensa que, en realidad, éstas tienen el valor de consultas de orientación, en unos casos, respecto a qué está buscando un paciente al concurrir, y en otros, se producen ciertos efectos que permiten un reordenamiento de la situación conflictiva.

Comparando los datos de ambos turnos (mañana y tarde) se observa como significativo que, del total de pacientes derivados en turno mañana concurre el 82% y del turno tarde sólo concurre el 41%. Esto indica una diferencia importante respecto al manejo de la derivación por parte de los médicos y la intermediación de la interconsulta psicológica que sólo existió en el turno mañana.

Conclusiones:

1. El abordaje interdisciplinario -específicamente la presencia del equipo de Salud Mental en el Servicio de Adolescencia- hace posible una modificación en la relación médico-paciente, un cambio en la manera de posicionarse el médico en relación con el paciente: puede darle un lugar diferente al adolescente, incluyendo una escucha que va más allá de la atención del cuerpo orgánico.
2. La interconsulta psicológica no sólo contempla la intervención con pacientes que luego son derivados, sino que también tiene un lugar importante en la escucha y orientación del médico que demanda posibilitando una amplitud de criterio respecto a la atención del paciente.
3. El mejor manejo de la derivación de pacientes por parte de los médicos, y con la Interconsulta mediante, hace posible que éstos concurren en su mayoría al Servicio de Psicopatología, evitándose de este modo que los pacientes "se pierdan" en el pasaje de un Servicio a otro.
4. En ciertos casos de patologías graves, como son los cuadros de anorexia y bulimia, se hace indispensable la interacción del médico interconsultor-psicopatólogo para acordar estrategias de atención y el seguimiento de los mismos. La posibilidad de una conexión personal entre el médico de Adolescencia y el psicólogo de Psicopatología favorece el abordaje integral y continuo del paciente adolescente.

Estadística discriminada por procedencia: Consultorio matinal (interdisciplina y énfasis en la preparación) e vespertino (tradicional, sin preliminares en la derivación)

	T Mañana	T Tarde	Total
A Total de consultas en 6 meses	2700 (40%)	4100 (60%)	6800
B Turno mañana	1350	2050	3400
C Interconsultas psicológicas	60 (4.4% de B)		60
D Derivaciones a psicopatología	34 (2.5% de B)	37 (1.8% de B)	71
E De los pacientes derivados			
1 concurren	28 (82%)	16 (41%)	43
2 No concurren	6 (18%)	22 (59%)	28
1.1 Concurren a algunas entrevistas o consultas	17 (61% de E)	10 (67% de E)	27
1.2 Realizan tratamiento	11 (39% de E)	6 (33% de E)	16

Comparando los datos de ambos turnos (mañana y tarde) se observa como significativo que, del total de pacientes derivados en turno mañana concurre el 82% y del turno tarde sólo concurre el 41%. Esto indica una diferencia importante respecto al manejo de la derivación por parte de los médicos y la intermediación de la interconsulta psicológica que sólo existió en el turno mañana.

AREA DE ENFERMERIA

Objetivos

- "Incorporar al equipo interdisciplinario, personal de enfermería.
- "Normalizar pautas de atención de enfermería para Consultorio Externo de Adolescencia.
- "Sistematizar la capacitación de enfermería en Consultorio de Adolescencia. Estudiantes de la carrera de enfermería.

La instrumentación se llevó a cabo respectivamente a través de:

- "Solicitud al Departamento de Enfermería, de personal capacitado e interesado por el trabajo interdisciplinario.
- "Identificación de las acciones de enfermería en la atención del Adolescente en Consultorio Externo, con elaboración de Normas de Enfermería.

Logros

I. Asistenciales

- "Concreción de la incorporación de una enfermera con experiencia en el Hospital, que cumple con los requisitos necesarios para la atención del Adolescente.
- "Obtención de mejoras en el tiempo y la calidad de recepción del adolescente, con disminución de la tensión que produce la espera.

Docentes:

- "Definición de las actividades a realizar por enfermería de pre y postgrado.
- "Elaboración de "Normas de Enfermería para la atención de Adolescentes".
 - Pautas para las actividades.
 - Recopilación de técnicas correctas para:
 - antropometría
 - temperatura
 - tensión arterial
 - Descripción de tareas correspondientes a la enfermera en la internación de adolescentes.
- "Rotación de veinte alumnos del Instituto del Profesorado de Enfermería "Padre Luis Tezza", bajo la supervisión de la enfermera del servicio.

AREA SALUD BUCAL

Con el objetivo de construir otro modelo alternativo en la atención primaria del adolescente, se incorporó una odontóloga perteneciente a la Cátedra de Odontología Preventiva de la Universidad de Buenos Aires, al equipo de interdisciplinario de trabajo.

A partir del mes de agosto, fecha de su integración al grupo, se coparticipó en veinte reuniones semanales de formación, planificación e intercambio de acciones.

La tarea docente se desarrolló en dos niveles:

1. Transmisión de contenidos específicos de prevención y promoción de salud a los integrantes del grupo de trabajo.
2. Planificación y desarrollo de talleres de educación para la salud en el Subproyecto intrahospitalario (Sala de Espera). La planificación de los talleres en Sala de Espera se realizó en dos reuniones del grupo en las que se discutieron los contenidos elaborados para la dinámica del taller.

Se realizó un informe técnico que contempla el flujo de pacientes de acuerdo con los niveles de atención y progresiva complejidad con ideales de plantel asistencial ampliado.

Estos espacios permitieron elaborar los siguientes conceptos:

- Trabajo de pre-consulta
- Relación paciente-profesional
- Promoción de la consulta en salud odontológica
- Promoción del autocuidado
- Incorporación de componentes de prevención en la consulta
- Planificación del taller. Elaboración de preguntas disparadoras y diseño de evaluación del encuentro.

Prospectiva:

- Implementación de material didáctico (juegos).
- Inclusión de nuevos profesionales a la actividad (posibilidad de rotación según temas específicos).
- Folletería.
- Difusión comunitaria en grupos escolarizados y hogares.
- Interacción con entidades zonales dedicadas al área.
- Concreción de un canal de derivación al Consultorio de Adolescencia de la Facultad de Odontología.

AREA EDUCACION PARA LA SALUD EN SALA DE ESPERA

Intentando utilizar ese espacio que tradicionalmente servía sólo para la "espera del paciente" y recrearlo como "otra forma alternativa de prestación de servicio", con énfasis en la prevención y promoción de la salud; se estructuró esta actividad innovatoria que tendería a abrir el espectro de la demanda estimulando la consulta de control y propiciando asimismo el eje educativo y de promoción de la salud en la consulta médica; además de la característica consulta cuando ya hay instalado un riesgo o daño.

Objetivos:

- Abrir el espectro de la demanda, estimulando el interés de los adolescentes por temas atinentes a la salud.
- Brindar un espacio para abordar temas de interés médico y no médico de los adolescentes que vienen a la consulta.
- Trabajar la preconsulta transmitiendo la idea de ampliar la posterior entrevista más allá de los límites de "lo corporal" y "lo enfermo".

Implementación

Reuniones previas del equipo:

- * Visualización del lugar físico
- * Observación de la dinámica de la sala de espera
- * Revisión de los trabajos sobre el tema
- * Utilización de un buzón de sugerencias u otro recurso a fin de conocer inquietudes de los adolescentes que concurren a la consulta
- * Diseño y disposición de una cartelera de información
- * Coordinación de reuniones sobre temas Adolescencia y Salud Bucal, inicialmente

La difusión de estos talleres se hizo a través de carteles e invitaciones en los consultorios. El mismo día del encuentro se invitaba a los presentes en la sala a participar.

Los mismos fueron llevados a cabo desde septiembre de 1993 inicialmente cada 15 días de 8 a 9 hs.

Se decidió comenzar las reuniones partiendo de temas generales como el de Adolescencia; relación con los padres, sexualidad, cambios en el cuerpo, pasaje de primaria a secundaria, proceso de independización; y respondiendo también a la demanda surgida del buzón de sugerencias y temas de interés o preocupaciones.

También Salud Bucal especialmente dirigido al autocuidado.

Evaluación: La implementación de los talleres en sala de espera fue llevada a cabo con óptimos resultados concurriendo el 50% de los pacientes del día.

En los mismos se observa el interés de los adolescentes y sus padres para hablar de los temas propuestos.

Las reuniones de planificación previas a cada taller sirvieron al miniequipo para afianzarse como tal.

Estos espacios permitieron elaborar los siguientes conceptos:

- Trabajo de pre-consulta
- Relación paciente-profesional
- Promoción de la consulta general en salud clínica y odontológica
- Promoción del autocuidado
- Incorporación de componentes de prevención en la consulta
- Planificación del taller. Elaboración de preguntas disparadoras y diseño de evaluación del encuentro.

Prospectiva:

- Implementación de material didáctico (juegos).
- Inclusión de nuevos profesionales a la actividad (posibilidad de rotación según temas específicos).
- Folletería.

Area de información y registro estadístico

Considerando el objetivo operacional de estructurar un sistema de información estadística para registros de producción, el control de gestión y la evaluación de las acciones intrahospitalarias; se elaboró un **instrumento de recolección de datos**, diseñado como parte del sistema computarizado del Programa (ver informe diario de consultas).

A través de reiteradas reuniones se redefinieron los **indicadores de producción, eficiencia y calidad de atención**, siguiendo la orientación de la historia clínica en uso y su instructivo.

Posteriormente, se **diseñó una planilla de informe diario** de atención específica para la población de adolescentes, utilizándose en esta primera etapa el programa **Epi info**, por considerárselo el más adecuado para el archivo y análisis de los datos obtenidos hasta el momento.

Se **capacitó a los miembros del equipo para operar PC** y dicho programa y se contó con el asesoramiento de la Dirección de Planificación y Estadísticas de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Buenos Aires en el diseño y la programación de los tabulados.

Como puede observarse en la planilla, toda la información seleccionada que se registra diariamente por cada profesional responsable primario del procedimiento "consulta ambulatoria", tiene directa vinculación con los objetivos operacionales y la redefinición de indicadores técnicos y de gestión administrativa.

A continuación se muestra una selección de tablas y gráficos de producción, eficiencia y calidad recolectados durante 6 meses (agosto '93 a enero '94) como una primera prueba de operación del sistema; el que completado un periodo de un año, será sometido a nueva revisión y adecuación a los cambios y nuevas necesidades del Programa.

Cabe aclarar que la información recopilada, durante los 6 meses, sólo registra las consultas realizadas durante el turno matutino (de lunes a viernes) por lo que a este total de 3321 consultas se le deben sumar entre un 50% a 55% más de las efectuadas durante la tarde. Las que representan por mes y en números aproximados:

Clínica de adolescentes:	500 mensuales (turno mañana)	ó 6000 anuales
	700 mensuales (turno tarde)	ó 8400 anuales
Total	1200 mensuales	ó 14400 anuales

Ginecología:	1330
Protocolos Embarazo:	60
Nutrición:	200

TOTAL ANUAL: 15990

Interconsultas Psicología: 210

Derivaciones a Psicopatología: 25

Interconsultas al Servicio Social: 85

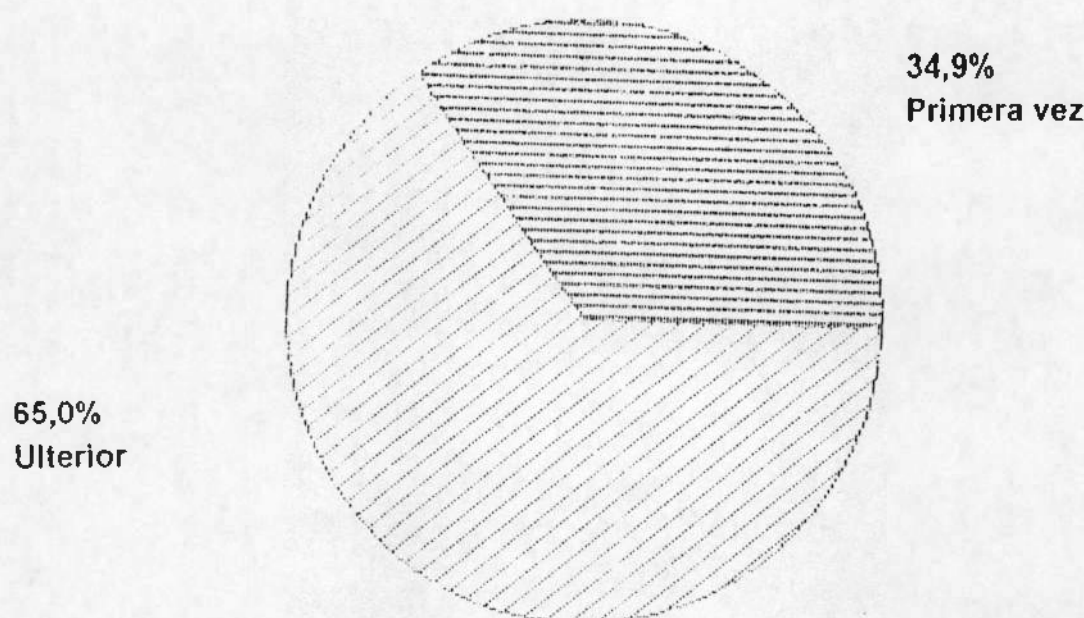
GRAN TOTAL ANUAL: 16520 Consultas

NUEVA FICHA DE REGISTRO DIARIO

[illegible]

TABLA 1: NUMERO DE CONSULTAS MATUTINAS DISCRIMINADAS POR MES

TOTAL			TIPO DE CONSULTA		
MES	NUM	%	1ª VEZ	ULTERIOR	S/E
Agosto	516	15,5	159	357	0
Septiembre	543	16,3	192	344	7
Octubre	568	17,1	218	350	0
Noviembre	660	19,9	237	423	0
Diciembre	483	14,5	141	340	2
Enero	551	16,6	211	339	1
Acumulado del Semestre	3321	100,0	1158	2153	10



En una observación simple la relación porcentual de consultas ulteriores (65%) con las de 1ª vez (35%) muestra una proporción aceptable, en tanto la relación de: cuántas consultas ulteriores generó cada consulta de primera vez, es menos de dos.

El número mensual de consultas se mantiene estable con un leve aumento en noviembre debido a los controles de salud previos a las colonias de vacaciones.

Durante el periodo agosto '93 - enero '94 prestaron consulta ambulatoria 16 profesionales estables del equipo, más una serie de personal rotante no estable, (que representa sólo el 6% del total de consultas ofrecidas). En la tabla siguiente se identifican a la totalidad de profesionales, según su área de especialidad en la atención de adolescentes.

TABLA 2: NUMEROS DE CONSULTAS DISCRIMINADAS POR ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD	TOTAL		TIPO DE CONSULTA		
	NUM	%	1º VEZ	ULTERIOR	S/E
Clinica	2388	71,9	1105	1282	1
Ginecología	738	22,2	6	731	1
Nutrición	36	1,1	6	30	0
Psicología	109	3,3	1	100	0
Trabajador Social	43	1,3	0	42	1
Otras	0	0,0	0	0	0
S/E	7	0,2			0
Acumulado del semestre	3321	100,0	1118	2193	10

Las consultas de clinica como era de esperar, representan el 72% del total; llevando como fija la norma del Programa, casi el 100% de las consultas de primera vez. Aunque en el total de consultas las otras disciplinas del equipo (Ginecología, Nutrición, Psicología, Trabajador Social) sólo prestan el 5% de las consultas; en las ulteriores (que surgen según la norma por derivación sistemática de clínico) representan un 44% de las consultas subsiguientes, lo que significa una participación considerablemente alta para el promedio observado en el resto de los servicios semejantes del país.

En cuanto a la conformación demográfica de los adolescentes atendidos durante el periodo de prueba, se presentan sus datos por **edad, sexo, escolaridad y residencia** en relación al tipo de consultas efectuadas.

TABLA 3: NUMERO DE CONSULTAS MATUTINAS DISCRIMINADAS POR EDAD

EDAD	TOTAL		TIPO DE CONSULTA		
	NUM	%	1ª VEZ	ULTERIOR	S/E
10 a 14 años	890	26,8	452	436	2
15 a 17 años	1171	35,2	345	826	0
18 a 20 años	1252	37,7	361	890	1
S/E	0	0,2			0
Acumulado del Semestre	3321	100,0	1158	2152	11

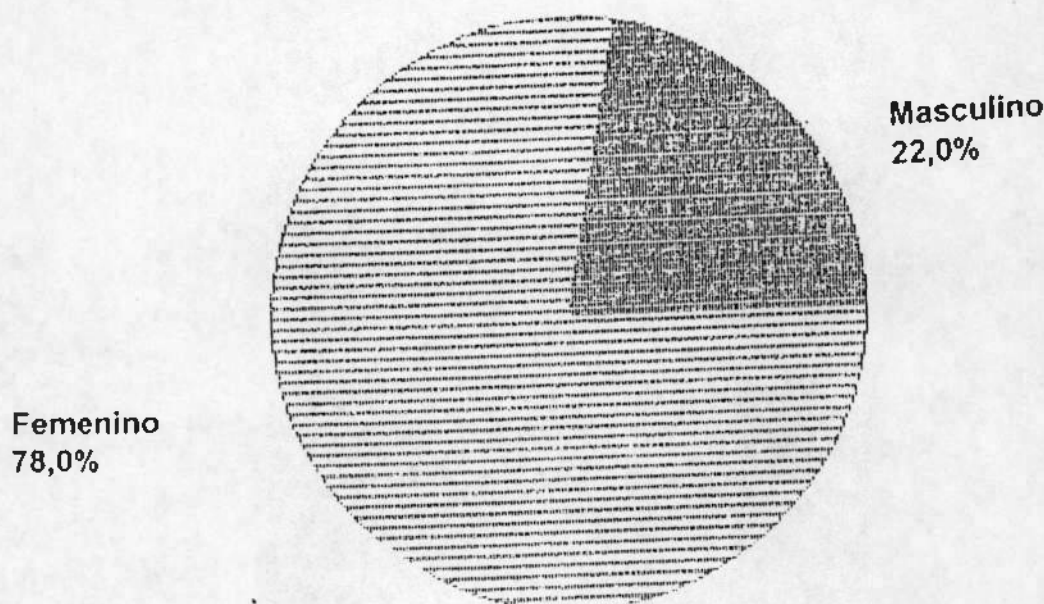
Por motivo de síntesis, se agruparon las edades en tres categorías, realizándose el mayor número total de consultas (38%) en el grupo de 18 a 20 años. Analizadas por tipo de consulta, los adolescentes de 10 a 14 años representaron el 39% de las consultas de primera vez con sólo un 20% del total de las consultas de retorno.

Los adolescentes de 18 a 20 años muestran el retorno más alto del conjunto: (2,46 consultas ulteriores por cada consulta de primera vez) en tanto los de 10 a 14 años sólo llega al 1,03 de consultas ulteriores por cada consulta inicial.

TABLA 4: NUMERO DE CONSULTAS DISCRIMINADAS POR SEXO

SEXO	TOTAL		TIPO DE CONSULTA		
	NUM	%	1ª VEZ	ULTERIOR	S/E
Masculino	730	22,0	386	342	2
Femenino	2584	77,8	772	1811	1
S/E	7	0,2			7
Acumulado del Semestre	3321	100,0	1158	2153	10

GRAFICO 4



El sexo femenino no sólo es el que mas consulta (78%) sino el que produce 2,3 consultas de retorno por cada primera vez.

Se recuerda que en este grupo femenino exclusivamente se producen 738 consultas de ginecología que representan el 22% del total (3321) de consultas realizadas en el semestre, como puede observarse en la tabla 2.

TABLA 5: NUMERO DE CONSULTAS DISCRIMINADAS POR ESCOLARIDAD

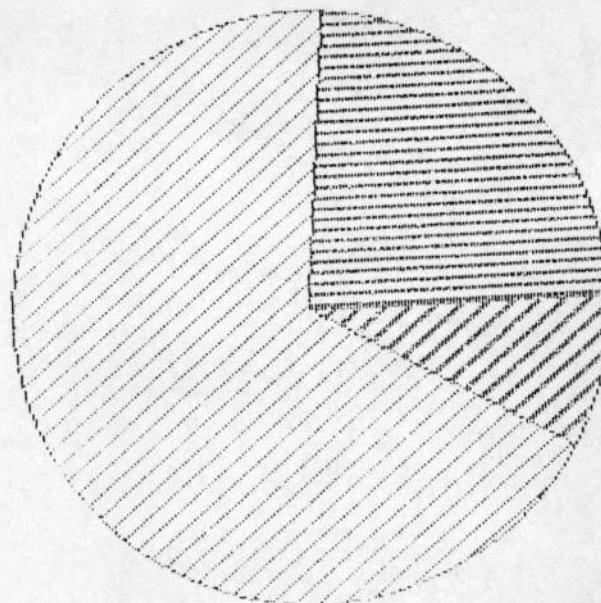
SEXO	TOTAL		TIPO DE CONSULTA		
	NUM	%	1ª VEZ	ULTERIOR	S/E
Analfabeto	11	0,3	4	7	0
Primaria Incompleta	771	23,2	360	410	1
Primaria Completa	2257	68,0	710	1546	1
Secundario Completo	275	8,3	84	190	1
S/E	7	-			7
Acumulado del Semestre	3321	100,0	1158	2153	10

Los adolescentes con estudios primarios completos produjeron el 68% de todas las consultas siendo como era de esperar los analfabetos los que menos demandaron servicios, (la tasa de alfabetización en esta zona de la Capital Federal y conurbano bonaerense es una de las que lamentablemente ha sufrido el mayor incremento en los últimos 10 años).

La relación consultas ulteriores por cada primera vez se ve más alta en los adolescentes con estudios secundarios completos (2,3 consultas ulteriores por cada primera vez). En cambio, los con primarios incompletos mostraron el retorno más bajo (1,1).

GRAFICO 5

Primaria Completa
68,1%



Primaria Incompleta
23,2%

Analfabeto
0,3%

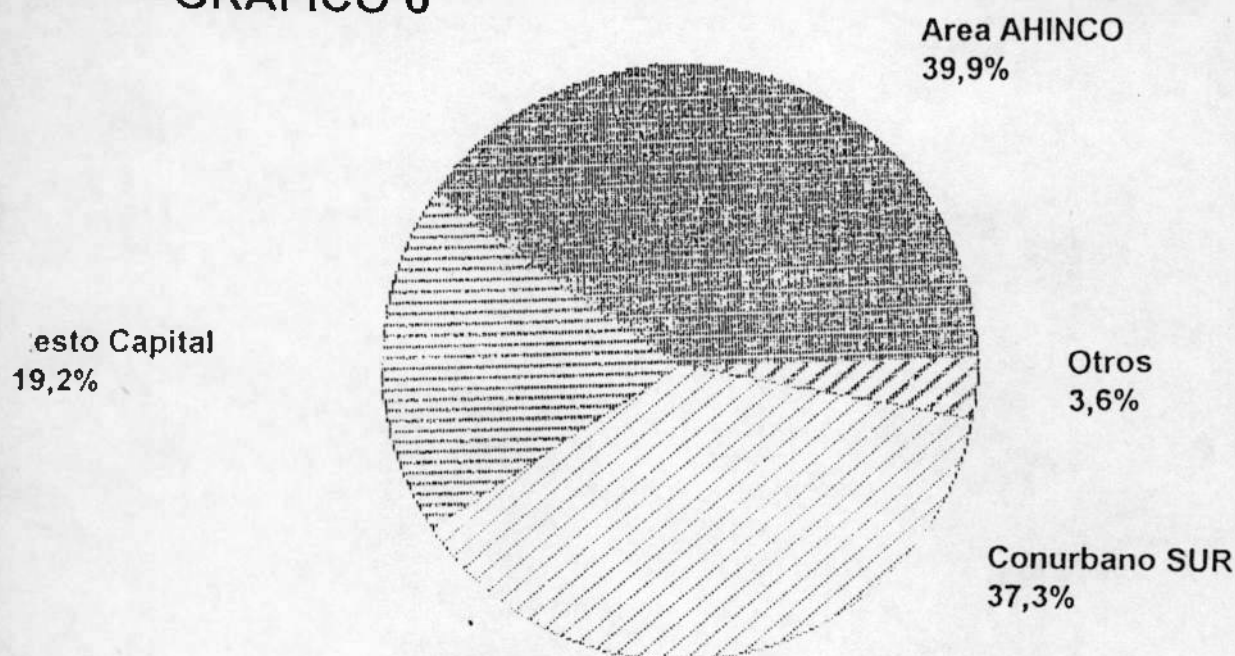
Secundaria Completa
18,3%

TABLA 6: NUMEROS DE CONSULTAS DISCRIMINADAS POR RESIDENCIA

RESIDENCIA	TOTAL		TIPO DE CONSULTA		
	NUM	%	1ª VEZ	ULTERIOR	S/E
Area AHINCO	1323	39,8	461	861	1
Reslo Cap. Fed.	633	19,0	233	399	1
Conurbano Sur	1237	37,2	427	809	1
Otros	120	3,6	37	83	0
S/E	8	0,2			8
Acumulado del semestre	3321	100,0	1158	2152	11

Como estaba previsto en el Programa, el mayor número de adolescentes que concurren al Servicio, provienen y viven en el Area AHINCO y el conurbano sur de la Provincia de Buenos Aires, los que generaron (2560 consultas totales) el 77% de las prestaciones de primera vez y ulteriores. En ambas procedencias los adolescentes generaron casi dos consultas de retorno por cada primera vez. Llama la atención que un 20% de las consultas provengan del resto de la Capital, a pesar de la oferta que ofrecen en otros servicios más próximos y que el rubro OTRAS PROCEDENCIAS provoque un retorno más alto (2,2 consultas ulteriores por cada primera vez). Las cuatro tablas (números: 7, 8, 9 y 10) que se muestran a continuación responden a objetivos diferentes a las anteriores ya que intentan mostrar no ya la producción, rendimiento y eficiencia de la demanda espontánea y promovida del servicio ambulatorio de atención al adolescente, sino su comportamiento en términos de perfil cualitativo de la demanda, comportamiento de la oferta en relación al objetivo planeado por el Programa y calidad de la atención prestada durante el semestre agosto '93 - enero '94.

GRAFICO 6



El motivo de consulta que describe la Tabla 7, se refiere a la "causa "manifestada" por el adolescente" de su concurrencia al servicio. En este caso no interviene la opinión o el criterio diagnóstico del profesional que lo atendió.

Las causas clínicas dominan ampliamente la demanda (84%) y la relación de consultas ulteriores respecto a las de primera vez, duplican el índice observado en la Tabla 2, donde según la Especialidad al la que concurren la relación es de 1,2 retornos por primera vez, y en este caso es de 2,1 consultas ulteriores por cada primera vez.

Los controles en salud solicitados por los adolescentes representan el 10% del total de la demanda, que resulta más bajo que el determinado por el profesional que se observa en la Tabla 8 de Impresión Diagnóstica.

TABLA 7: NUMERO DE CONSULTAS MATUTINAS DISCRIMINADAS POR MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA	TOTAL		TIPO DE CONSULTA		
	NUM	%	1ª VEZ	ULTERIOR	S/E
Clínica	2783	83,8	885	1896	2
Psicológica	127	3,8	45	82	0
Social	54	1,6	3	50	1
Control de Salud	384	10,5	225	123	0
Otros	2	0,1	0	2	0
S/E	7	0,2			7
Acumulado del Semestre	3321	100,0	1158	2153	10

TABLA 8: NUMERO DE CONSULTAS DISCRIMINADAS POR IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA	TOTAL		TIPO DE CONSULTA		
	NUM	%	1ª VEZ	ULTERIOR	S/E
Patol. orgánica	385	11,6	185	198	2
Patol. disfuncional	202	6,1	100	102	0
Alteración de la dinámica psico-ambiental	215	6,5	71	144	0
Patol. infecciosas	362	10,9	150	212	0
Trastornos nutrición	281	8,5	67	214	0
Tocoginecología*	1196	36,0	230	966	0
Control en Salud*	411	12,4	245	166	0
Otras	244	7,3	103	140	1
S/E	25	0,7			25
Acumulado del Semestre	3321	100,0	1151	2142	28

Como puede observarse en este caso el criterio de **Impresión Diagnóstica** está dado por el profesional, el que no necesariamente (como sucede) debe coincidir con el motivo de consulta expresado por el adolescente.

Cabe destacar aquí que el porcentaje de controles en salud (12,4%) presenta un subregistro de 10,8% que se encuentra englobado y encubierto dentro del rubro Tocoginecología, de cuyas consultas el 30% son de controles en salud vinculados en su mayoría a procedimientos preventivos (como colposcopia y PAP) o a educación para la anticoncepción.

TABLA 9: NUMERO DE CONSULTAS MATUTINAS DISCRIMINADAS POR RIESGO

RIESGO	TOTAL		TIPO DE CONSULTA		
	NUM	%	1ª VEZ	ULTERIOR	S/E
Si	1181	35,6	426	754	1
No	2133	64,2	732	1399	2
S/E	7	0,2			7
Acumulado del Semestre	3321	100,0	1158	2153	10

Conmueve al equipo de atención del servicio de adolescencia el alto porcentaje de adolescentes que consultan por causas consideradas de riesgo (36%) los que lamentablemente regresan en una proporción levemente más baja (1,7) que los que **no poseen riesgo** (1,9). Obviamente, los esfuerzos de futuro deberán centrarse en aquél grupo preocupándose más aún por generar mayor número de consultas ulteriores.

TABLA 10: NUMERO DE CONSULTAS MATUTINAS DISCRIMINADAS POR GRUPOS ESPECIALES

GRUPOS ESPECIALES	TOTAL		TIPO DE CONSULTA		
	NUM	%	1ª VEZ	ULTERIOR	S/E
ETS/SIDA	28	0,8	8	20	0
Embarazo	174	5,3	44	129	1
Adicciones	44	1,3	13	31	0
Incont. Social o Familiar	378	11,4	150	228	0
Mal manejo de la sexualidad o fertilidad (con riesgo de embarazo no deseado o ETS)	298	9,0	139	159	0
Otras	2214	66,6	762	1450	2
S/E	185	5,6			185
Acumulado del Semestre	3321	100,0	1116	2017	188

La última tabla seleccionada para esta evaluación, reconoce una serie de adolescentes que deberían formar parte de programas especialmente dedicados a su problema específico, reconociendo en un lugar destacado los vinculados al embarazo (5,3% del total) y al mal manejo de la sexualidad; fertilidad y embarazo no deseado (9,0%) que sumados representan un 14,3% del total de las consultas. Deben destacarse en el mismo nivel de importancia las consultas por incontinencia social y familiar (11,4%) y revisar con más detenimiento qué contiene ese casi 67% de "otros" grupos especiales de riesgo.

"Ficha de Riesgo" para el seguimiento de pacientes adolescentes en situación de riesgo

Su elaboración deriva de la necesidad del equipo de Salud de tener un mejor registro de aquellos pacientes con "toda probabilidad de producirse un hecho o daño para la salud". (Definición de riesgo). Además de toda deserción o abandono de tratamiento.

A partir de una ficha ya existente de seguimiento de pacientes en el Servicio de Tisiología, y tomando de ella el cuadro de diagramación y la forma de codificar el seguimiento, se le agregó la enumeración de los distintos factores tabulables.

Detectada por este sistema lo que el equipo evalúa como una "situación de riesgo" se despliegan distintas estrategias de recitación/recuperación por correo, telefónica o entrevista domiciliaria.

Estas acciones son evaluadas caso por caso y tienden a la constante oferta de la Unidad Adolescencia y del Hospital, como un lugar en donde puedan plantear los adolescentes su problemática.

Por otro lado este instrumento de registro da al equipo un reconocimiento global de esa situación y del caso por caso a través de la ficha individual.

Implementación y resultados preliminares

Su implementación se llevó a cabo recién desde noviembre de 1993 mostrando individualmente como patologías de riesgo más comunes:

Embarazo no deseado expresando decisión o probable decisión de aborto. (A este grupo se le presta especial atención ya que debido al medio social existen riesgos de intervenciones efectuadas por personal no idóneo).

Patologías clínicas comunes pero a las que se le agregan factores que conforman al adolescente situaciones de riesgo (por ejemplo: asma, incontinencia familiar, etc.)

Patologías socioambientales: violencia familiar, alcoholismo, drogadicción, deserción escolar/laboral, promiscuidad, etc. (ver enumeración en la misma ficha).

Cantidad de fichas realizadas hasta enero de 1994 = 30

Con respecto a las estrategias utilizadas para recitar pacientes, las mismas fueron positivas en aproximadamente el 50% de los casos, dado que existen algunos factores (ejemplo: domicilios en conurbano sin numeración) que hacen imposible su localización. Otras razones hacen a la problemática (ejemplo: post aborto) ya que cuando se las cita o se las visita para ofrecer contención y MAC, su respuesta es positiva en el momento de la entrevista, pero luego no concurren para el seguimiento.

Criterios de egreso: se evalúan caso por caso. Pueden estar dados por la derivación a otra institución, o a otro servicio del hospital (obstetricia, por ejemplo) donde se hallarian contenidas; o por la disminución de los factores agravantes.

FICHA DE RIESGO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "COSME ARGERICH" Unidad de Adolescencia FICHA DE CONTROL DE PACIENTES EN RIESGO					
Establecimiento 					Area Programática ☐ Si ☐ No
Apellido y Nombre 					M.C.
Domicilio 				Tel. 	
Domicilio Actualizado 				Tel. 	
Impresión diagnóstica 					Fecha
INDIVIDUALES ☐ Enfermedad grave (internación) ☐ Enfermedad crónica ☐ Internaciones reiteradas ☐ Conducta sexual no responsable ☐ Abuso sexual ☐ Embarazo no deseado FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ☐ Abandono ☐ Premisicuid ☐ Adicciones ☐ Fuga del hogar ☐ Maltrato ☐ Violencia ☐ Abuso sexual ☐ Padres sin trabajo ☐ Muerte familiar importante SOCIALES ☐ Migraciones ☐ Trabajo infantil ☐ Vive en la calle ☐ Sin escolaridad básica ☐ Institucionalización ☐ Deficiencia habitacional importante ☐ En conflicto con la ley					
Otros 		Otros 		Otros 	
Referentes 	Apellido y Nombre 	Vínculo 	Edad 	Domicilio 	Tel.

[illegible]

ACCIONES

2. EXTRAHOSPITALARIAS

2.1. Metodología de abordaje

Fundamentación:

El trabajo de acción extrahospitalaria se define como "la extensión de acciones de salud más allá de los muros edilicios del Hospital, no significando ello ni la medicalización de la comunidad, ni la desmedicalización del Hospital. Consiste en la ampliación de la instrumentación de acciones y criterios de salud con una visión de interjuego y mutua retroalimentación entre los ámbitos intra y extrahospitalario; y generando un intercambio de discursos, prácticas, saberes, técnicas, experiencias y recursos entre diversas instituciones heterogéneas pero con problemáticas convergentes.

La comunidad del Area Programática (zona de influencia del Hospital) persiste obviamente con un diagnóstico situacional estructural de:

- Población urbana.
- Alta concentración.
- Migrantes con alta movilidad.
- Instituciones fracturadas.
- Lazos sociales fragmentados.
- Problemática social y sanitaria compleja.

Gran parte de los adolescentes no concurren por cuestiones propias de esta etapa evolutiva, consistente en una constante pugna y rivalidad con lo instituido y sus autoridades, a lo que se suma aquí, el estado de crisis socioeconómica y afectiva. Esta problemática no recae en forma exclusiva sobre el sector de salud, sino que se reproduce y aun hasta se agudiza en las demás instituciones y espacios diarios de los adolescentes.

Surge así la necesidad de "darle un lugar al adolescente" desde la construcción y fortalecimiento de esos espacios; como así también de difundir y pensar criterios y acciones que promuevan la solución de sus problemáticas bio-psico-sociales para evitar que caigan en situaciones y/o grupos de riesgo que impliquen el frustrar y/o reducir la posibilidad de construcción de sus proyectos de vida.

Objetivos específicos:

1. Conformar miniequipos interdisciplinarios responsables por institución.
2. Confeccionar planillas de registro de la tarea.
3. Promover la planificación y la evaluación permanente de la tarea.
4. Promover la evaluación del dispositivo de abordaje, según la singularidad de cada institución.
5. Posibilitar el efecto multiplicador de la intervención, tanto en los jóvenes como en los adultos responsables.
6. Facilitar la configuración de una red interinstitucional.

7. Contribuir a la concreción de convenios con instituciones que contribuyan a fortalecer acciones colaborativas.

Se decidió aplicar inicialmente esos criterios de intervención comunitaria dentro de una población urbana en constante dispersión, tránsito y con ritmos hiperacelerados; en instituciones que permitieran la mejor inserción de los equipos y el más probable éxito de sus acciones.

Esa implementación en **poblaciones cautivas**, pensadas como espacios cerrados instituidos o en vías de institucionalización estaría seguida por la inclusión de **instituciones no formales** en conexión con **grupos barriales abiertos** y con acceso a poblaciones de **alto riesgo**.

Tales acciones se precedieron por un **diagnóstico situacional** para lograr la detección y la evaluación de las variables en ese campo de trabajo restringido, que contribuyera a apuntalar y a definir los núcleos de problemáticas y por lo tanto la dirección para emprender la implementación consiguiente.

Así, con una **planificación estratégica** como estilo, se confeccionó un **diseño operativo de acciones**, tomando en cuenta la especificidad del campo, que obligó a una readaptación permanente según los requerimientos de la problemática de cada grupo (singularidad institucional), como así también, canales de derivación de pacientes con un sistema de referencia y contrareferencia formalizando a través de fichas específicas de atención preferencial.

Se entendió por **demanda social**, a los pedidos de una institución y/o grupo de la comunidad, como traducción o puesta en palabras de sus necesidades, dirigida a los referentes ofrecidos. Esa demanda pudo ser **espontánea o dirigida**. En este segundo caso, nacida de una acción planificada, tendiente a construir la misma y desde donde se oferta la tarea.

Los dispositivos fueron definidos como **diseños estratégico-operativos** cuyo objetivo era la producción de efectos en las prácticas y saberes de los sujetos-grupos-institucionalidades y comunidades. Y como singularidad el tomar en cuenta en la clínica-escucha y al accionar, los rasgos, características, necesidades problemáticas, historia y funcionamiento de cada sujeto en lo concerniente al respeto de sus deseos personales.

*Por extrapolación, **singularidad institucional**, consistió en el desplazamiento del concepto de singularidad de cada sujeto, al de las "particularidades de los grupos, instituciones y comunidades locales". Al registrar y respetar sus especificidades culturales, presentes en sus necesidades, pedidos, historia y funcionamiento diferencial, surgió la obligación de ubicar el abordaje en cada contexto; es decir, en los estrictos canales habilitados y permitidos por cada institución y no forzando sus lugares de resistencia ó puntos de obstáculo.*

*Esto derivó de una propuesta que promueve el **descentramiento de los equipos de trabajo hacia los criterios o valores de los otros**; trayendo como consecuencia el no ofertar a todos lo mismo sino la **redefinición del recurso caso por caso**.*

Criterios en el proceso de intervención institucional comunitaria

Ante el ingreso a una institución y/o grupo comunitario se plantearon dos tareas a realizar:

-Tarea explícita: que conllevó la implementación de los objetivos en lo atinente al accionar y a la difusión de criterios en lo concerniente a la Salud Integral del Adolescente.

-Tarea implícita: que promovió la generación de cambios en las dinámicas y relacionales-vinculares u organizacionales en los grupos-instituciones y espacios comunitarios como operaciones instituyentes.

Ambas se articulan y se entrecruzan derivando constantemente una en otra. El abordaje en este Proyecto, partió del análisis y **diagnóstico situacional continuo** y se combinó con una postura organizativa, ya que por el panorama institucional argentino, al lograrse la **institucionalización**, fortaleciendo y apuntalando, se impediría el desmantelamiento de las instituciones de la zona.

Este aporte organizacional quedó diseñado desde los componentes interesados de cada institución y no desde un modelo único teórico.

El objetivo fue brindarles información, asesoramiento y acompañarlos en la puesta en marcha de los recursos evaluados como apropiados. Esto dió como resultante un "Proceso de Intervención Institucional" que lo distingue de otras modalidades de abordaje por no privilegiar ningún recurso para la tarea, por tiempo de permanencia y por posición ante un espacio no propio. El criterio fue pensar en hacer "proceso" como un camino a recorrer donde los objetivos generales eran seleccionados en función de cada institución con la consigna de "no ir delante de ellos". Sino acompañado sus recorridos en respeto por su autonomía y dirección de sus ámbitos.

Se denominaron recursos a la gama de instrumentos operacionales, con la particularidad que quedan redefinidos en cada caso evitando que se cristalizaran en una tecnología rígida:

- Entrevistas, encuestas, jornadas, seminarios, eventos, informes, acciones directas en Salud, reuniones de asesoramiento, reuniones de supervisión de tareas, de manejo de jóvenes con dificultades, de problemáticas organizacionales, por fin talleres.

Se recalca el valor de esos talleres por cuanto articulan la circulación de la información con una propuesta vivencial y de trato personalizado, redundando en efectos de **impacto y compromiso**.

Se coincidió en que **Grupo de trabajo** es el que define el espacio grupal en tres dimensiones y tareas articuladas

- la reflexión de los integrantes grupales acerca de sus interacciones vinculares.
- sus roles en relación a la tarea que los convoca; y
- el brindar información y asesoramiento, contribuyendo a pensar algunas problemáticas, con el objetivo de instrumentar y reforzar ciertas funciones institucionales.

Las reuniones de los miniequipos de trabajo fueron encuentros propios y focalizados en las tareas de cada institución a cargo, con el objetivo de analizar y diseñar permanentemente las acciones pertinentes para cada contexto. Por otra parte, contribuyeron a la consolidación de los subgrupos tanto en los vínculos de los integrantes como en la homogeneización y puesta en acuerdo de códigos operativos.

Planillas de registro: Su objetivo fue la conservación de la información para su posterior análisis y reincorporación en la tarea. Existen planillas de registro por cada Institución tanto de la reunión semanal como fichas que formalizan los canales de derivación de pacientes con insistencia en la referencia y contrareferencia.

Los **ámbitos de abordaje** fueron definidos como una "dimensión compleja de agrupamientos humanos de diferente naturaleza (sujeto-grupo-institución- comunidad-familia)". Se adoptó en ellos la postura de no privilegiar a unos u otros, sino pensarlos a todos con igual importancia pero conllevando la necesaria distinción de dispositivos, diseños, estrategias, marcos referenciales teóricos y técnicos para su abordaje en una práctica común.

Se pensó en los **agentes multiplicadores** como "aquellos operadores de cambio tanto en lo atinente al desarrollo de aptitudes, como al cambio de actitudes, capacitados e instrumentados en forma permanente; y cuyo accionar repercute en cadena en el resto de los sujetos y/o grupos de su zona de influencia".

Estos pueden ser:

- Líderes juveniles:** referentes espontáneos y confiables entre sus grupos de pares, que manifiestan compromiso con la problemática de su contexto, ganando en posibilidades de inserción en zona de no acceso para los adultos.

-Adultos responsables: quienes se hacen cargo en algún aspecto de los adolescentes; y manifiestan interés por el desarrollo de la vida y proyectos de los mismos. Son confiables, acompañando y sosteniendo las vicisitudes de sus cambios. Estos se encuentran en los barrios, familias y/o en las instituciones.

Finalmente, como encuadre abarcalivo se definió:

-La Interinstitucionalidad: consiste en la construcción de una red de las instituciones zonales, con núcleos de intereses en común, promoviéndose desde el encuentro de los diferentes actores de cada institución en espacios tales como asambleas, reuniones, eventos, etc.

-La Intersectorialidad: es el armado de la red de directivos de diferentes sectores de la comunidad, cuyo objetivo es el debate, la canalización la formalización y la institucionalización de sus intercambios; y que se registra en figuras como la del convenio (contrato o acuerdo entre dos o más sectores con el objetivo de articular un accionar conjunto).

Criterios de Selección de la Inserción Extrahospitalaria

Eje organizador

1. **Diagnóstico de Situación**

- Población Urbana
- Alta concentración
- Migrantes con alta movilidad
- Instituciones fracturadas
- Problemática social y sanitaria compleja

2. **Identificar y caracterizar instituciones comunitarias de concentración de adolescentes**

- Educación
- Salud
- Trabajo
- Deportes
- Religión

3. **Considerar los ámbitos de difusión de:**

- Acciones preventivas
- Captación Precoz
- Control y seguimiento de necesidades de salud específica

4. **Planificación Estratégica**

Objetivos generales:

- Posibilitar el efecto multiplicador de la intervención
- Facilitar la configuración de una red institucional

Objetivos específicos:

- Facilitar la detección y capacitación de los agentes multiplicadores entre los jóvenes
- Facilitar la detección y capacitación de los agentes multiplicadores entre adultos

Criterio de abordaje:

- Conformación de miniequipos interdisciplinarios, responsables por institución
- Diseño de dispositivo según evaluación de la singularidad individual de la institución

2.2. Grupo de adolescentes escolarizados

Como en el primer periodo se continuó con los tres grupos educativos seleccionados: EMEM 7, EMET 2 y EMET 5, con un total conjunto de 152 acciones.

Objetivos generales:

- Posibilitar la intersectorialidad entre el Area de Salud y Educación.
- Facilitar que el Servicio de Adolescencia se constituya como referente en salud para la institución educativa.

Objetivos específicos:

1. Promover el desarrollo de aptitudes y la transformación de aptitudes en el área de Directores.
2. Promover la articulación entre los sectores de salud y educación.
3. Detectar, conformar y capacitar a un grupo de adultos responsables (preceptores y docentes como referentes válidos).
4. Generar la creación de espacios de pertenencia y participación de los jóvenes.
- 4'. Detectar, conformar y capacitar a un grupo de líderes juveniles.
5. Promover y posibilitar la pertenencia y participación de los padres.
6. Detectar, conformar y capacitar un grupo apto de líderes de la comunidad.
7. Promover los controles en salud.
8. Promover un sistema de referencia y contrareferencia de derivación de pacientes.
9. Propiciar un espacio de trabajo en conjunto con los adultos responsables de cada institución:
 - a. Propiciar un espacio para el tratamiento de los temas de interés y preocupación institucional con los directivos de la Institución.
 - b. Realizar una aproximación diagnóstica sobre la situación del cuerpo docente y preceptores.
10. Facilitar un espacio de reflexión con los adolescentes sobre temas de su interés.

1. EMET 5 (MAIPU): Total 556 alumnos

Cantidad de intervenciones: 86

Cantidad de talleres: 16

Cantidad de reuniones con la dirección: 13

Cantidad de reuniones con gabinete: 12

Cantidad de encuentros con preceptoría para la realización de la tarea: 23

Cantidad de reuniones evaluativas con:

Dirección:	3
Preceptoría:	3
Gabinete:	3
Profesores:	3

Cantidad de talleres de Orientación Vocacional/Laboral: 10

Reseña de las acciones durante 1993:

-**Coordinación de acciones y acuerdo con la Dirección.** Este espacio posibilitó la formulación de distintas demandas al equipo de salud.

-**Entrevistas con Gabinete Psicopedagógico** para planificación conjunta, construcción de sistema para la referencia y contrareferencia de derivación de pacientes. Estas entrevistas aportaron datos diagnósticos de la institución.

-**Coordinación con la Jefa de Preceptores** de los horarios para talleres.

-**Entrevistas formales con docentes.**

-**Devolución a los distintos actores institucionales** sobre lo actuado.

-**Reuniones evaluativas con Dirección y Gabinete,** en la intervención realizada.

-**Participación en la Jornada de Convivencia** con todo el personal de la Escuela, brindando una devolución de la metodología implementada en los talleres de sexualidad.

-**Talleres sobre sexualidad** con alumnos, cubriendo una población de 213 alumnos (ocho divisiones) a través de una implementación llevada a cabo en dos partes, con un total de 16 talleres.

-**Ciclos de orientación vocacional y laboral** (ver información aparte).

2. EMEM 7 (nocturno): Total 112 alumnos

Cantidad de intervenciones: 34

Cantidad de talleres: 10 (toda la población escolar)

Cantidad de reuniones con Dirección: 14

Cantidad de encuentros con profesores: 4 y preceptores: 3

Cantidad de reuniones evaluativas con Dirección: 2

Reuniones institucionales (exceptuando a padres y alumnos):

Reseña de lo actuado en 1993:

Las acciones planificadas para el presente año fueron elegidas en conjunto con la Dirección de la Escuela. De los objetivos específicos enunciados el miniequipo focalizó dos espacios: Dirección - Alumnos como puerta de ingreso para la intervención.

1. Dirección:

Fue el primer actor institucional con el que se tuvo contacto y al ser un proyecto nuevo se priorizó apoyar la cabeza del mismo. Por otro lado, surgieron desde este lugar demandas dirigidas al equipo de salud, posibilitando que éste se instale.

Esas entrevistas con la Dirección permitieron observar el funcionamiento global de la Institución. Allí se desplegaron las problemáticas de la misma. El caso clínico individual sirvió para trabajar la puesta de límites, concepto de autoridad, violencia, discriminación y articular derivación, seguimiento y devolución. También posibilitaron una aproximación al funcionamiento de los distintos roles institucionales.

Las situaciones conflictivas detectadas fueron: exceso de funciones a cargo de la Directora, dificultades en la puesta de límites desde su función, ausentismo del equipo docente. El compartir el espacio físico con la escuela primaria, fue una de las dificultades enunciadas por Dirección.

2. Acciones con alumnos de 2º y 3er. año:

Se partió de un compromiso asumido a partir de la encuesta, donde los mismos expresaban interés sobre temas como sexualidad, SIDA. El incluir en la tarea a los alumnos de 1er. año partió de una demanda institucional (Directora y profesores). Este espacio posibilitó un conocimiento más profundo del total de la población; y a su vez los alumnos también pudieron conocer al Equipo, estableciendo una relación que permitió ofrecer el espacio del Servicio de Adolescencia (Hospital).

Esto apuntó a propiciar el que los adolescentes se apropiaran del espacio del Servicio, cumpliendo así con el objetivo de ser referentes en salud, de cada una de las instituciones donde intervenimos. Además, ubicar el Servicio concretamente (recorrido institucional: sacar turno, horarios, quién los recibe, Nº de consultorio, etc.).

3. Dado que uno de los objetivos es trabajar con **otros adultos responsables** (profesores-preceptores), en principio a través de un diagnóstico sobre su situación, el Equipo piensa la manera de incluir en la globalidad de la intervención a este nuevo actor.

A través de los trabajos realizados se fueron conociendo informalmente a algunos de ellos, dado que los talleres fueron llevados a cabo en horario de clase. Enmarcar estos encuentros en un tiempo determinado con los docentes es una estrategia pensada para un segundo momento.

La devolución de la metodología utilizada en los talleres de sexualidad fue el tema convocante para reunirlos y pensar en conjunto estrategias de trabajo para 1994, en las cuales estuvieran incluidos.

Así, al citar la Dirección de la Escuela a una reunión se registró una concurrencia del 80% del plantel docente. En la misma se trabajaron:

- Instrumentación del trabajo con los alumnos.
- Temáticas abordadas.
- Características generales de cada curso en relación con los talleres implementados.
- Intereses dominantes entre los profesores/preceptores: Rol de la Escuela en relación con temas como: drogadicción, violencia, embarazo, sexualidad y SIDA.
- Capacitación para efectuar la derivación pertinente al equipo de salud: La metodología propuesta por el equipo de salud para dar respuesta a esta demanda, consiste en la implementación de **módulos de capacitación para los adultos responsables** de la Institución. Contando con el aval de la Dirección, se los incluirá en el horario de clase, contemplando la realidad del sector docente y su disponibilidad anímica y temporal.
- Estrategias pertinentes para desarrollar esas actividades.

Evaluación:

De la tarea llevada a cabo durante el presente año surgen:

"Las actividades planificadas se cumplieron en los tiempos pactados.

"Hubo reconocimiento institucional acerca de cada una de las intervenciones del Equipo de Salud. Indicador de ello fue la constante actualización de las demandas.

"Exitosa reunión con los adultos responsables de la Institución, donde no sólo se contó con su presencia, sino con aportes acerca de temas y formas de tratamiento de los mismos.

3. EMET 10: Total 854 alumnos

Cantidad de intervenciones totales: 52

Cantidad de reuniones con gabinete: 32

Cantidad de reuniones con jefe de taller: 4

Cantidad de reuniones por la construcción de la cantina: 3

Cantidad de reuniones con la dirección: 4

Cantidad de reuniones con el profesor de biología: 1

Cantidad de talleres de orientación vocacional/laboral: 8

Características particulares:

Escuela Media Técnica, con una población de 600 alumnos y 115 docentes.

Análisis del proceso de intervención institucional.

Es de destacar la buena predisposición de esta institución en lo referente al ingreso del Proyecto y la puesta en marcha de una clara demanda y pedido de colaboración. Por esta adecuada actitud y la comunicación directa con los directivos de la Institución, en contraste con los inconvenientes organizacionales presentes y en constantes estados de urgencia sin posibilidad de resolución; fue evaluada la pertinencia de trabajar y fortalecer a los mismos con criterios y estrategias de abordaje destinadas a su población de adolescentes y sus problemáticas.

El espacio del gabinete funcionó como un real articulador de todas las acciones recién mencionadas entre los sectores de salud y educación. Espacio desde donde se coparticipó en el análisis e instrumentación para el desarrollo organizativo y desde donde se canalizó y el ingreso a la escuela permitiendo la apertura hacia nuevos sectores de la misma.

El abordaje a la Institución se llevó a cabo desde diferentes ámbitos y diseños:

1. Casos puntuales de adolescencia con problemáticas bio-psico- sociales.

-Asesoramiento al gabinete psicopedagógico y jefes de taller en la instrumentación operativa de los mismos.

-Creación y formalización de canales de derivación de los pacientes al sector salud.

2. Detección, análisis y confección de estrategias en lo atinente a aulas-grupos conflictivos.

3. Detección, análisis y confección de estrategias en lo referente a la problemática de la Institución.

Observaciones diagnósticas:

a) **Programas anacrónicos:** esta Escuela técnica posee como especialización, la mecánica, hallándose sumamente desfazada con el nivel tecnológico actual y con la oferta y existencia de reales fuentes de trabajo.

b) **Metodología de evaluación inadecuada:** la misma se encuentra descentrada de su población de alumnos, implementándose en una excesivamente rígida y contribuyendo a generar el progresivo fracaso y éxodo de los alumnos.

c) **Alto nivel de deserción escolar:** sólo el 10% de 160 ingresantes terminan sus estudios medios.

d) **Crisis de los adolescentes en relación con la continuidad de sus estudios:** el porcentaje de máxima deserción se realiza alrededor del tercer año, siendo el año de ejecución de la especialidad y del otorgamiento de un primer certificado habilitante, pero sin real capacitación para la inserción laboral. Encontrando una profunda falta de aspiración y muchas veces de posibilidades al acceder a un estudio de nivel universitario, reduciendo la misma a la obtención de un oficio. Esto produce un desplazamiento de una buena parte de la población a otras instituciones, con diferentes especialidades, como así también una interrupción abrupta de los estudios para ingresar maltratadamente al circuito del producción.

Otros jóvenes pasan a un estado de dejadez y anomia, instalándose en grupos de riesgo y marginales. En el caso de la población femenina, coincide esta época de deserción con la edad donde se producen casos de madres adolescentes. A su vez se agudiza la problemática de los alumnos repetidores. Buena parte de lo expuesto se encuentra condicionado por la profunda crisis socioeconómica afectiva que están atravesando las familias de la zona.

e) **Falta de compromiso, sensibilización y de pautas de los adultos responsables** sobre la problemática de los adolescentes. Esto repercute en la falta de una actitud adecuada para acercarse y acompañar a los jóvenes en sus conflictivas. Originando la creación de un clima no propicio de convivencia escolar entre los diferentes sectores (directivos, profesores, directores, gabinete, alumnos, padres).

Reseña de las acciones:

- Entrevistas con directivos.
- Entrevistas con el gabinete psicopedagógico.
- Entrevistas con Jefe de Departamento Taller.
- Formalización de canales de derivación de pacientes.
- Seguimiento de casos.
- Conformación conjunta de criterios de abordaje de la problemática adolescente a partir de casos clínicos.
- Articulación entre el equipo de Orientación Vocacional y Laboral de la UBA y la Institución.
- Articulación con el Departamento de Medicina Preventiva para la realización de la vacuna antisarampionosa de la Institución.

-Articulación con el Servicio de Nutrición del Hospital a fin de que éste asesore en cuanto a la organización de la cantina del colegio y las necesidades nutricionales de los adolescentes.

-Asesoramiento en cuanto a estrategias de organización institucional.

-Colaboración en la planificación de la Jornada de Reflexión acerca de convivencia y funcionamiento escolar realizada en la Institución.

-Detección y coparticipación en estrategias de abordaje para aulas y grupos conflictivos.

-Análisis y detección de la problemática de deserción escolar. Su distribución a través de los cursos, sus porcentajes en relación a otros años y el establecimiento de sus causas.

-Reunión Intersectorial (Escuela-Servicio de Adolescentes- Equipo de Orientación Vocacional y Laboral de la UBA).

Conclusiones:

La institución partió de una demanda de asesoramiento para la construcción de la cantina como un espacio de mejoras en lo nutricional y lo participativo de los adolescentes. A medida que el análisis y la tarea fue avanzando se detectaron problemas organización que permitieron pensar en la necesidad de fortalecer toda la dinámica de la institución educativa, concebida como un amplio espacio de participación y de referencia de los adolescentes.

La cantina funcionó como la señal de los deseos de la Institución de conservar al alumnado dentro de la misma, conflictuada por el grado de deserción de sus jóvenes. Por lo expuesto anteriormente se recomendó a la Institución, la articulación con especialistas en planificación y evaluación de programas escolares, lo que ya han comenzado a hacerse, con el vínculo con asesores de la Municipalidad. se ofreció la continuidad de la tarea, así como la sistematización de la misma, desde la confección y dictado de módulos de capacitación, talleres acerca de la problemática de la adolescencia, destinados fundamentalmente a adultos reponsables y a alumnos, con el objetivo de generar agentes multiplicadores en beneficio de toda la comunidad educativa.

B. GRUPOS DE MENORES EN SITUACIÓN IRREGULAR DE Y EN LA CALLE

PROGRAMA DE HOGARES SALESIANOS DON BOSCO PARA MENORES DE Y EN LA CALLE

-Nivel 1

Captación en la calle de menores en situación irregular por agentes sociales nocturnos

-Nivel 2

Hogar Santa Catalina
de día para 30-50 adolescentes y niños de la calle

-Nivel 3

Hogar San Pedro
30 niños y adolescentes de y en la calle en hogar permanente

-Nivel 4

Hogar Independencia
para 15 jóvenes de 18 a 21 años que trabajan y/o estudian con autofinanciamiento

(Estos 4 niveles se desarrollan dentro del Área de Influencia del Hospital; y se complementan con una cadena más importante en la Capital y el Interior)

Intervención del *Servicio* Adolescencia

Por la conexión ya iniciada desde 1992 se continuó coparticipando con las autoridades de los hogares salesianos, en el control clínico puntual y el asesoramiento grupal en los mismos.

I. HOGAR MIGUEL MAGONE - SANTA CATALINA

Características particulares:

Hogar y centro de día para menores de la calle, con 30 púberes y adolescentes con población abierta y no siempre la misma.

Objetivos generales:

"Promover acciones de articulación con el sector salud.

"Acompañar al equipo de coordinadores de la institución en la reflexión sobre la problemática de chicos y jóvenes de y en la calle.

"Acompañar al equipo de coordinadores de la institución en la reflexión sobre la dinámica de sus roles y funciones.

Objetivos específicos de 1993

"Acompañar al equipo de coordinadores de la Institución en la reflexión sobre la articulación intersectorial que redunde en la salud integral de los adolescentes.

"Promover acciones de salud destinadas a la población adolescente.

"Facilitar la discusión de nuevas estrategias de abordaje al problema que convoca el quehacer institucional.

"Suministrar información pertinente al campo de la problemática de chicos de y en la calle.

"Acompañar la reflexión y aportar información en lo atinente a la dimensión institucional y su organización.

Acciones efectuadas:

-Instrumentación al grupo de coordinadores para la elaboración de la despedida de los chicos, que habiendo cumplido los requisitos de la etapa del preingreso pasaban al Hogar San Justo.

-Asesoramiento en:

- el rearmado de la nueva conformación del equipo de coordinadores de 1993.

- la profundización organizacional en las diferentes etapas de la Institución:

- .. calle
- .. centro de día
- .. preingreso

en la redefinición de sus roles y tareas, tanto en lo atinente a lo intrainstitucional como en la articulación con diferentes sectores:

- .. cadena Proyecto Don Bosco
- .. salud
- .. educación

en la realización de un nuevo diagnóstico situacional de la calle, destacando la transformación de la población masiva de la calle, pasando de la antiguamente conformada por chicos de la calle, a familias en la calle.

Contextuando esto, nuevas características y problemáticas para los chicos y para la institución que los recibe.

-Instrumentación en cuanto a la teoría y técnica de entrevistas con familias, como consecuencia del diagnóstico explicitado anteriormente.

-Profundización en el análisis de las diferencias poblacionales (niños, púberes, adolescentes, mujeres, adolescentes embarazadas), que concurren al Hogar, pudiéndose diferenciar distintas etapas y edades con características particulares, lo que conllevó a redefinir la problemática de chicos de la calle, a menores en la calle. Esto determinó un proceso por parte de la Institución, de poder ir focalizando su población objetivo, convirtiéndose con respecto al resto en un centro orientador y derivador hacia otros programas de minoridad.

-Asesoramiento a instrumentación acerca de la problemática de la adolescencia, dirigida tanto al Hogar Santa Catalina, como al Hogar Permanente San Justo, como consecuencia de una situación de conflicto con jóvenes de este último mencionado.

-Asesoramiento específico en casos de menores de la Institución, consultados por el grupo de coordinadores.

-Instrumentación teórica acerca de la temática de juegos con niños y adolescentes.

-Análisis y elaboración conjunta de elementos de la microcultura de los menores en la calle:

- Grupo de menores en la calle; "la ranchada", como sustituto de sus familias.
- Tatujes como sustitutos de sus nombres propios.
- El uso del "poxi" (inhalante) como sustituto regresivo del período de juego infantil.

-Detección y elaboración de nuevas estrategias en lo referente a actitudes de suma dificultad en los chicos, para iniciar un camino de reconstrucción de sus identidades que promueve el riesgo de recaídas, que los vuelven a enviar a la calle.

-Análisis y redimensionamiento de "La Asamblea" y de la actividad recreativa "Gran Prix" como espacios propicios para la reconstrucción de las identidades de los menores, en cuanto a que le brindan la posibilidad de hablar, jugar, socializarse con pares y relacionarse afectiva y normativamente con los adultos responsables de la Institución.

Conclusiones y prospectiva:

Evaluamos a partir de este proceso de 1993, la necesidad de:

- Continuar trabajando en el apuntalamiento teórico y técnico en lo atinente al manejo con familias en la calle.
- En la articulación entre el Hogar Santa Catalina y el Hogar San Justo, con el objetivo de unificar criterios organizacionales y actitudinales ante los menores, promoviendo construir puentes articulares que conviertan a estos espacios en partes de un mismo proceso.
- Profundizar la articulación con los sectores de salud, educación y en especial justicia.

- Cooperar en la complejización de su organización interna, promoviendo la posibilidad de la incorporación de nuevos integrantes (nuevos operadores, coordinadores de talleres específicos).
- La posible transformación de los coordinadores del Hogar en agentes multiplicadores que permitan la capacitación e instrumentación a otros, promoviendo un efecto en cadena.

II. HOGAR SAN PEDRO

Población:

Quince menores que generalmente registran procesos judiciales y/o familias disfuncionales con padres que no pueden o no saben continuar con la tenencia de sus hijos. Las edades oscilan entre 7 y 18 años.

Características particulares:

El Hogar está coordinado por una pareja de jóvenes que viven ahí mismo (la mujer 23 años, el hombre 25), participando también:

- una cocinera
- un sacerdote
- una abogada;

quienes se reúnen quincenalmente para tomar decisiones acerca de algunos casos en particular.

Los niños y adolescentes mantienen sus actividades sociales: van al colegio, invitan a sus amigos al Hogar. Viven allí de lunes a viernes, los fines de semana vuelven a sus casas, si se considera que no hay riesgos para ellos, de lo contrario, permanecen con familias sustitutas o colaboradores del Hogar (evaluados previamente por el equipo).

La intervención en el Hogar Don Bosco fue consecuencia de la buena experiencia previa llevada a cabo en el Hogar Santa Catalina, por los adultos a cargo con intención desde octubre del 93, a repelirla en el primero.

Objetivos generales:

Similares a los del Hogar Santa Catalina.

Objetivos particulares para 1993:

Sólo desde noviembre: reconocimiento personal de los coparticipes y enunciado de problemáticas y acciones a implementar en 1994.

Acciones durante diciembre de 1993:

Primera entrevista en el Hogar, junto con evaluador externo (Dr. Diego Salazar, visitante ocasional) y coordinador de hogares (Lic. Luis Montenegro). Se interrogó cuáles eran sus expectativas respecto de nuestra intervención.

Reuniones con coordinadores en el Hogar lográndose la definición e instrumentación del campo como un grupo de trabajo, centrado en la tarea y en los roles.

Conclusiones:

Se realizaron una serie de entrevistas de conocimiento para interiorizarse del movimiento del Hogar, dificultades, dinámica de los roles de los coordinadores y algunos casos en particular.

Propuestas futuras:

Redefinición de roles y tareas de la coordinación:

-Dentro de la Institución:

1. Dentro de la Institución entre los coordinadores, con los asesores/supervisores, con los mismos menores convivientes,
2. Enfatizar el apoyo a los coordinadores para sostener la experiencia.
3. Comenzar el año 1994 con profundización de casos y problemáticas en particular.
4. En la articulación con otros sectores, por ejemplo: con Hogar de preegreso, contribuyendo a tejer una red interna entre los hogares.
5. Con el Hospital para el control clínico de los pacientes en el Servicio de Adolescencia.
6. Con otros niveles (legales, educativos, laborales, para la mejor inserción de los jóvenes).

3. FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

3.1. Pregrado

a. Pediatría

Surgieron interesantes innovaciones al suplantar los antiguos trabajos prácticos presenciales en Adolescencia, multitudinarios y con algunos teóricos, por una **serie de talleres**. En ellos a través del desarrollo práctico de historias clínicas tipo, discusión, dramatizaciones, etc, participaron casi todos los componentes del equipo.

Se descubrió así una muy interesante propuesta para evitar lo despersonalizado de los estilos anteriores y al mismo tiempo potenciar las facetas, docentes intragrupalas.

- Total de rotaciones de 10 semanas cada uno: 4
- Total de alumnos (30 en rotación): 120
- Total de talleres por rotación: 150
- Participantes del Proyecto en clases expositivas o talleres: 12 (en contraste con los 3 del año anterior siguiendo el estilo tradicional).

Objetivos Específicos

- Aportar a la formación del alumno de pregrado **aspectos biológicos psicológicos y sociales** para la visión del paciente adolescente como **sujeto integral**.
- Promover el análisis del **caso por caso**, la subjetividad y las **influencias** de su entorno familiar, escolar y social cumplido.
- Dar pautas de **diagnóstico diferencial**, para no caer en estigmatizaciones y poder connotar ciertos episodios adolescentes como intentos de búsqueda, de preguntas y respuestas sobre su particular momento vital.
- Brindar criterios para la **evaluación del riesgo**.
- Transmitir generalidades sobre la **entrevista médica** con adolescentes en virtud de fortalecer la relación médico paciente.
- Pensar la adolescencia como una estructura social.
- Enfatizar la clínica, los controles en salud, la prevención.

Instrumentación

Durante el desarrollo de los talleres y a través del análisis de unos casos clínicos, se desplegaron los distintos aspectos biopsicosociales de la adolescencia. Con metodología Roll Playing y luego de la distribución de los roles y la dramatización del caso, se pasó al análisis del mismo. En este se trabajaron los obstáculos, los temores, lo que se vivenció desde cada rol, los criterios utilizados.

CAPACITACION PERMANENTE

- Pases clínicos
- Actualizaciones bibliográficas
- Reuniones con asesores e interconsultas
- Reconocimiento intrahospitalario
- Reuniones de evaluación interna y externa
- Reuniones de programación prospectiva
- Ateneo central

Niveles:

- Profesionales de la Salud
- Pregrado
- Comunidad
- Postgrado
- Maestría

Los temas en cada taller surgidos fueron:

- Historia clínica: cómo se completa, sin olvidar que el paciente es una persona.
- Cómo dirigirse a un adolescente a diferencia de un niño o adulto.
- Cómo manejar la consulta cuando la demanda proviene sólo de uno de los padres.
- Distintos recursos a utilizar en el contexto de la entrevista fueron pensados: Cómo, cuándo y para qué:
 - Indicadores
 - Controles en salud
 - Más entrevistas
- Rol del médico. Relación médico paciente
- Demanda: Apertura a escuchar y no medicalizar
- El límite en las intervenciones del clínico.
- Trabajo en equipo. Interdisciplina.
- Interconsulta: Distintas estrategias.
- Criterios de derivación. Cuándo y cómo.
- Función del médico como ordenador.
- Clínica del caso por caso.

Resumiendo tres son los temas recurrentes en los distintos grupos:

- Demanda
- Interconsulta
- Derivación

Se observó que uno de los momentos de mayor dificultad se presenta cuando el médico tiene que dar una respuesta (lectura cierre de la consulta al conflicto planteado).

Con respecto a aspectos sociales de la adolescencia se focalizó en primer lugar:

- Conceptualizar el término adolescencia como una construcción social.

Se trabajó este concepto a través del caso, analizando como es la transición de la adolescencia para ese sujeto, tomando en cuenta que el lo que trae a la consulta.

- Qué es lo que para el adolescente significa ser adolescente. Transgresión. Rebeldía.

Otro eje temático importante a tener en cuenta es el ADOLESCENTE Y LA INSTITUCION.

Haciendo un buen análisis para un posterior abordaje de este tema, es que pueden ahorrarse fracasos de tratamientos. Ya que los obstáculos institucionales (tiempo de espera, desconocimientos de un trámite pueden hacer que el paciente abandone la indicación terapéutica).

Ser explícitos en este aspecto es imprescindible, para que a través de un proceso, el adolescente pueda instalarse a tomar como suyo: consultorios, pasillos, ventanillas.

Siguiendo esta línea de pensamiento, el hospital pasaría a ser otro sujeto adulto en el cual puede apoyarse.

b. Enfermería

Escuela de Enfermería "Padre Luis Tezza" del Sanatorio SanCamilo.

25 alumnos del último año, con actividades rotativas en las actividades de enfermería en el consultorio externo.

c. Psicología

Facultad de Psicología (Universidad de Buenos Aires): alumnos rotantes en el Servicio de Psicopatología del Hospital, a los que se transmitieran conocimientos básicos de Adolescencia.

3.2. Postgrado

Objetivo Programático

Mejorar e incrementar la formación de recursos humanos interdisciplinarios encargados de la atención integral del adolescente y su familia.

Integrar equipos interdisciplinarios principalmente a nivel de planificación y conducción del programa capacitándolos para que incorporen definitivamente a su práctica asistencial a contenidos de prevención primaria y secundaria del adolescente y su grupo de pertenencia.

Objetivos Específicos

Promover

1. Ateneos interdisciplinarios en el Servicio.
2. Ateneos interdisciplinarios en el Hospital Argerich.
3. La actualización bibliográfica.
4. La participación en reuniones de evolución interna y externa y de programación prospectiva.
5. La participación en acciones docentes destinadas a los rotantes y alumnos de pregrado y postgrado que transcurran su pasantía por el Servicio.
6. Planificar y efectuar acciones de educación para la Salud:
 - a. Sala de espera
 - b. En instituciones abordadas por el Subproyecto de Atención Extrahospitalaria.
7. Participación en Cursos de Capacitación destinados tanto a la población intra, como extrahospitalaria.

Instrumentación

A. Dentro del **Servicio** se llevó a cabo a través de varios trabajos de investigación clínica, de evaluación por encuestas, estadísticas diversas sobre los adolescentes consultantes y su entorno, concretados en:

1. Conclusión del Estudio Nutricional en adolescentes, en colaboración con el centro de Estudios de Nutrición Infantil (CESNI) que formará parte de una publicación interdisciplinaria durante 1994.
2. Seguimiento de pacientes con sobrepeso, obesidad, dislipidemias y trastornos del apetito a través de un **Consultorio interdisciplinario de Nutrición de Adolescentes**.
3. Continuación del Plan de Estudio de síncope en la adolescencia con el test como auxiliar diagnóstico.
4. Información sobre sexualidad y manejo de la fertilidad en adolescencia a través de talleres periódicos en el Servicio.
5. **Interacción multidisciplinaria (Adolescencia / Obstetricia / Asistente Social) de Fertilidad/Fecundidad en Adolescentes:**
 - a. Para el diagnóstico y seguimiento longitudinal de la adolescente embarazada y su pareja;
 - b. Recaptación como adolescente fértil post parto o post aborto para manejo de la fertilidad y control integral de su problemática.
6. **Docencia a otros profesionales de la especialidad por parte del Proyecto Adolescencia Buenos Aires:**
 - 6.1. VI Curso Universitario de Larga Duración de Perfeccionamiento en Medicina Ambulatoria de Adolescentes (850 horas).
 - Lic. Marina Dalmau (Asistente Social "Argerich")
 - Dra. Daniela Epstein (Médica de Familia, Hospital Italiano Buenos Aires)
 - Dra. Nora Larreategui (Médica Pediatra Hospital P. Elizalde de Buenos Aires)
 - Dra. María Teresa Palomino (Médica Pediatra, Barranquilla, Colombia)
 - 6.2. **Rotaciones Trimestrales**
 - Dr. Gabriel Pierro (3º Año de Residencia Pediatría, Hospital Durán de Buenos Aires)
 - Dra. Cristina Catsicaris (Servicio de Adolescencia Dpto. Pediatría Hospital Italiano Buenos Aires)
 - 6.3. **Concurrencia Anual Residentes de Tercer Año de Servicio Social**
 - Lic. Micaela De Vincenzo
 - 6.4. **Visitantes**
 - Dra. Lidia Ronte, San Pedro (Prov. de Buenos Aires)
 - Dr. Julio Caraballo, San Pedro (Prov. de Buenos Aires)

Atención Clínica Ambulatoria de Adolescentes en un Hospital General

Sección Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Director: Doc. Aut. Dr. Carlos H. Bianculli

Coordinador: Doc. Adsc. Dr. Enrique Berner

Dra. Blanca Andrada
Dra. Ana María Armatta
Dra. Nilda Calandra
Dra. Sandra Vázquez

Dr. Jorge Castro
Dra. Ana María Corral
Dra. Viviana Medina

Dra. Silvia Neme
Dr. César Patto Poch
Dra. Julia Piñeiro
Dr. Alejandro Pelich

Duración: **ABRIL a NOVIEMBRE 1994** de 8 a 13 hs.

Destinado a 6 (seis) médicos clínicos o pediatras, psicólogos o asistentes sociales con residencia completa en esas disciplinas y posibilidades de aplicación institucional específica posterior.

ENTREVISTAS DE SELECCION

10 de Marzo al 3 de Abril en Sección Adolescentes, Consultorio 41.
Hospital Argerich, Alte. Brown y Pi y Margal, de 10 a 11 hs.

INSCRIPCION

Departamento de Graduados.

**FACULTAD DE MEDICINA
de BUENOS AIRES**

**MUNICIPALIDAD de la
CIUDAD de BUENOS AIRES**

- Dr. Javier Aquino, San Pedro (Prov. de Buenos Aires)
- Dra. Liliana Martínez, Ushuaia (Prov. de Tierra del Fuego)
- Dra. Adriana Saroma, Ushuaia (Prov. de Tierra del Fuego)
- Dra. Susana Heller (Prov. de Neuquén)
- Dra. María Stella Veloso, Cipolletti (Prov. de Río Negro)

7. Propuesta para "Magister de la Universidad de Buenos Aires en Salud Integral de Adolescentes" aprobación Decanato Facultad de Medicina, julio de 1993, en consideración por el Consejo Académico de la Universidad de Buenos Aires, febrero de 1994.

B. Difusión

Congresos y Conferencias con participación de los integrantes del Proyecto:

- Congreso Sociedad Ginecológica. Infante Juvenil. Santiago de Chile (abril de 1993).
- Proyecto "La Faena" de Adolescencia Kellogg (abril de 1993).
- Minneapolis Minnesota, USA, mayo de 1993.
- Congreso Brasileiro de Adolescencia, Belo Horizonte, Minas Gerais (mayo de 1993).
- Proyecto MAIVA de Adolescencia Kellogg, Rio de Janeiro (mayo de 1993).
- Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia, Buenos Aires (agosto de 1993).
- Jornadas de Adolescencia, Hospital Zubizarreta, Buenos Aires (septiembre de 1993).
- Congreso Psicólogos de Buenos Aires, Buenos Aires (septiembre de 1993).
- Obra Social Periodismo. Curso Adolescencia, Buenos Aires (septiembre de 1993).
- Hospital R. Gutiérrez, La Plata (octubre de 1993).
- Congreso Ecuatoriano de Pediatría, organizado por la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría. Cuenca, Quito, Ecuador (noviembre de 1993).

Cursos sobre Adolescencia dictados por integrantes del Proyecto

- Tierra del Fuego, agosto de 1993 (Ushuaia - Río Grande) (CESNI - Gobierno Provincial FUSA - MACRI)
- San Pedro, julio de 1993 (Prov. de Buenos Aires) (Proyecto Kellogg)
- Minneapolis, mayo de 1993 (Minnesota - USA)
- Tucumán, noviembre de 1993 (Prov. de Tucumán) (Ministerio de Salud Provincial)
- Cuenca - Quito, noviembre de 1993 (Ecuador) (Sociedad Ecuatoriana de Pediatría)

**- Primer Encuentro Provincial de Salud Integral del Adolescente "Trelew"
Provincia de Chubut. noviembre 1993**

" Obra Social de Periodistas, agosto de 1993. Buenos Aires.

Coparticipación en las **Jornadas de Elaboración** (marzo '93, La Rioja) y lanzamiento (septiembre '93, Buenos Aires) del **Plan Nacional de Salud Integral de Adolescentes** del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Trabajos libres presentados en Congresos, Cursos tomados sobre el Proyecto e investigaciones afines:

" Congreso de Ginecología Infanto Juvenil de Santiago de Chile (abril de 1993)
2 trabajos de -AC en adolescencia
 -embrazo en adolescencia

" Congreso Brasileiro de Adolescencia en Belo Horizonte (Brasil mayo de 1993)
3 trabajos -Anemia en la Adolescencia
 -Dislipidemias en Adolescencia
 -Interdisciplina en la Atención Integral de Adolescentes

" Equipo interdisciplinario en un Proyecto Intra y Extrahospitalario de Salud Integral de Adolescentes
 -Jornadas Adolescencia "Hospital Zubizarreta", Octubre, Buenos Aires.

" Equipo interdisciplinario en un Proyecto Intra y Extrahospitalario de Salud Integral de Adolescentes
 -Curso Adolescencia "Hospital R. Gutiérrez", La Plata, Octubre, Buenos Aires.

" "Proyecto Adolescencia Kellogg Buenos Aires"
 -Curso Adolescencia, San Miguel de Tucumán, Noviembre, Tucumán.

" "Proyecto Adolescencia Kellogg Buenos Aires"
 -Congreso de Pediatría Cuenca y Quilo, Noviembre, Ecuador.

Grupos asistenciales y docentes que han recibido la "Guía Práctica de Diagnóstico y Tratamiento sobre Medicina Ambulatoria de Adolescentes" FUSA 2000 Editora con subvención de la Fundación Kellogg

**-Ministerio de Salud y Acción Social
Secretaría de Maternidad e Infancia**

-Municipalidad de Buenos Aires

·Consejo Deliberante de Buenos Aires
·Secretaría de Salud
·Secretaría de Educación (Dirección de Evaluación Media)
·Servicios de Adolescencia de los Hospitales:

J. P. Garrahan	Vélez Sarfield
R. Gutiérrez	Fernández
P. Elizalde	Alvarez
Durán	Piñero
Pena	Zubizarreta

Servicios del Hospital Argerich: Clínica
Médica - Endocrinología - Dermatología -
Infectología - Cardiología - Neurología -
Area Programática - Enfermería -
Hepatología - Pediatría - Centros de Salud 9
y 15.

-Universidad de Buenos Aires
·Rectorado
·Facultad de Medicina Decanato
·II Cátedra de Pediatría
·Servicio de Pediatría "Argerich"
·Facultad de Odontología
·Cátedra de Odontología Preventiva-y
Comunitaria

-Sociedad Argentina de Pediatría
·Centro de Estudios del Adolescente

·O.M.S. (Organización Mundial de la
Salud), Ginebra
·O.P.S. (Organización Panamericana
de la Salud), Washington
·O.P.S. Costa Rica
·O.P.S. Buenos Aires
·P.A.H.E.F. Washington

-Provincia de Buenos Aires

·La Plata:
·Hospital "Sor María Ludovica"
·Hospital "Ricardo Gutiérrez"

·Mar del Plata:

·Hospital Privado de la Comunidad
·Sociedad de Pediatría Filial Mar del
Plata

·Hogar Avellaneda "Pelota de Trapo"
·San Martín "Hospital Catro"
·Lomas de Zamora "Hospital
Gandulfo"
·La Matanza - San Justo "Hospital
Paroisien"
·San Isidro "Hospital de Niños de San
Isidro"
·Vicente López "Hospital General de
Vicente López"

-Hospital Intersonal

·de Neuquén
·de Cipoletti
·de Mendoza
·de San Juan
·de Tucumán
·de Gualeguaychú
·de Trelew
·de Comodoro Rivadavia
·de Rawson
·de Puerto Madryn
·de La Rioja
·de Córdoba Ciudad
·de Río Cuarto (Córdoba)
·de Jujuy
·de Tierra del Fuego
·de Entre Ríos
·de Santa Fe
·de Bahía Blanca (Buenos Aires)

-Brasil:

- Sociedad Brasileira de Adolescencia
- Hospital Pedro Ernesto - Internación de adolescentes -UERJ Río de Janeiro
- Proyecto Maissa Kellogg - Río de Janeiro
- Servicio de Adolescencia Santa Casa San Pablo
- Servicio de Adolescencia / Secretaría de Salud Sergipe
- Proyecto Alphaville San Pablo
- Servicio de Adolescencia - Hospital de Porto Alegre
- CENESPA Porto Alegre
- Servicio de Adolescencia Belho Horizonte

-Venezuela

- Sociedad Venezolana de Pediatría

-México

- Sociedad Mexicana de Adolescencia
- FELARSSA (Federación Latinoamericana de Servicios de Salud para Adolescentes)

-Chile

- Universidad de Santiago de Chile Sector Oriente
 - Cátedra de Psicopatología y Psiquiatría - Santiago de Chile
- Proyecto "La Faena" de Adolescencia Kellogg - Santiago de Chile
- Sociedad Chilena de Ginecología Infanto Juvenil

-Ecuador

- CUENCA Quito Sociedad Ecuatoriana de Pediatría

-Colombia

- Sociedad Colombiana de Pediatría

-Paraguay

- CENEP

-España

- Sociedad Española de Adolescencia

Adquisición Bibliográfica para la Biblioteca del Servicio de Adolescencia "Argerich" y la Fundación para la Salud del Adolescente del año 2000 (FUSA 2000)

Durante el período 1993 se adquirieron con fondos de la Federación W. K. Kellogg, 23 libros vinculados a la especialidad, (los que se incorporan al acervo anterior totalizando 58 nuevos ejemplares); cuya nómina se da a continuación:

1. Medicina Interna. Farreras. 2 tomos.
2. Medicina del Deporte. Varios Autores. 4 tomos
3. Atlas de Dermatología Clínica. Fitzpatrick
4. Paro Cardiocirculatorio en la infancia. Llamas
5. Family assessment. Grolevent.
6. Medicina del Adolescente. Sileo
7. Adopción y Silencios. Giberti
8. La Adopción. Giberti
9. Educación Sexual para Preadolescentes. Beck
10. Hombre y Movimiento. Barrow
11. Guía Práctica del SIDA. Gatell Artigas
12. Lípidos y Cardiopatía. Ball
13. Pedagogía de la Sexualidad Humana. A. Atucha
14. Michel Foucault. Díaz
15. La Sexualidad y el Poder. Díaz
16. Sexuario. Knstnetzoff
17. Jóvenes en los '90. Varios Autores
18. Adolescencia y Salud. Rodríguez Rojas
19. La Adolescente Embarazada. Molina
20. Metodología de la Investigación. Catiglia
21. Salud Integral del Adolescente. Prieto de Sosa
22. Comprehensive Adolescent Health Care. Friedman
23. Handbook of Medical Toxicology. Viccellio

DINAMICA DE UNA TALLER EN SALA DE ESPERA SOBRE SALUD BUCAL, COMO EJEMPLO:

Nuestra boca , ¿una desconocida?

- Presentación del equipo actuante.
- Presentación de los participante: Nombre, edad, y Lugar de residencia.
- Presentación del Equipo organizador participante
- Explicitación del objetivo del taller.
- Consignas: división en dos grupos de trabajo para reflexión de preguntas disparadores escritos en tarjetas distribuidas a los participantes:

- Qué es una caries?
- Para qué sirve cepillarse los dientes?
- Por qué se inflaman las encías?
- Se pueden evitar las caries?
- Qué es el fluor?
- Es malo para los dientes comer dulces?
- Por qué no se deben intercambiar los cepillos de dientes?

Se entregaron hojas y bolígrafos a los dos grupos, cada grupo trabajó durante 10 minutos en la elaboración de las respuestas.

El objetivo de esta técnica fue la revalorización de los conocimientos de los participantes y su intercambio.

Plenario

A partir de la lectura de las respuestas elaboradas por cada grupo, se aclararon dudas y se amplía la información, dentro del marco de la prevención en Salud Bucal.

Evaluación:

Se le entrega a los participantes una encuesta de evaluación con las siguientes preguntas:

- Qué es lo que más te gustó del encuentro?
- Cuáles de los temas tratados fueron nuevos para vos?
- Qué cosas de las que hablamos hoy te parecen más fáciles de poner en práctica?

Por último se les entrega cepillos de dientes y revelador de placa bacteriana.

DINAMICA DE LOS TALLERES DE SEXUALIDAD

Realizados en la Institución con los alumnos de los cursos 2º-1º y 2º-2º.

Modalidad de trabajo:

Las actividades previas a la implementación de los talleres fueron coordinadas con el Gabinete Psicopedagógico.

La utilización de un buzón de sugerencias y preguntas, días previos a cada taller, tuvo como objetivo conocer las inquietudes del grupo y asimismo hacer un diagnóstico para efectuar una planificación pertinente.

Esto fue llevado a cabo en conjunto con Preceptoría y un grupo de alumnos de cada curso que se hizo responsable del mismo.

Taller:

Duración: 1:30 horas, en horario de clase 3ª y 4ª horas.

Lugar físico: aula habitual

Cantidad de alumnos: 25 aproximadamente

Equipo de salud: 2 médicos, 1 psicóloga y 1 trabajadora social.

Primer Encuentro de Apertura:

Además de la presentación del Equipo de Salud, se hizo referencia a que la implementación de este taller era una continuación del trabajo iniciado el año anterior, que había incluido una encuesta con resultados mostraron a los temas de sexualidad y SIDA, como de los propuestos con mayor interés por los alumnos.

La dinámica consistió en dividir al curso en cinco grupos de cinco alumnos cada uno, con la consigna de trabajar durante veinte minutos, en base a las preguntas hechas por ellos mismos en el buzón. Este espacio posibilitó la discusión grupal hacia nuevos interrogantes y cuestionamientos. Posteriormente, se realizó el Plenario, donde un representante de cada grupo leyó lo trabajado. El Equipo de Salud intervino en esta etapa aclarando conceptos, dando información, coordinando la discusión y propiciando la mutua escucha.

El cierre del taller consistió en una evaluación individual hecha por los alumnos, donde se le pedía explicitar: lo que o lo que menos les había gustado y; qué temas profundizarían en el segundo encuentro.

Segundo Encuentro:

El mismo fue planificado teniendo en cuenta la evaluación hecha por los alumnos.

La dinámica consistió en trabajar en pequeños grupos a cada uno de los cuales se les entregó una tarjeta con una situación problema (historia sin final). El objetivo de la técnica fue posibilitar la identificación de los adolescentes con situaciones cercanas a su vida cotidiana y poder pensar con sus pares una resolución.

En el plenario cada grupo presentó sus opiniones, vivencias, replanteos y dudas.

Como en el primer encuentro, el Equipo de Salud intervino promoviendo la escucha grupal y profundizando la temática.

Finalmente cerró con una evaluación donde cada uno de ellos expresaba mediante una palabras, su parecer respecto del taller.

Por otro lado se abrió un espacio para cualquier duda o dificultad que se les presente, en el Servicio de Adolescencia, además del ofrecimiento para controles en salud, necesarios en esta etapa de crecimiento.

Evaluación:

Las respuestas que predominaron en cuanto a lo que más les gustó fueron: "la comunicación copada de los doctores", "que se hablará sobre el tema sexo", "aprender sobre el sexo y charlar".

Los grupos destacaron como positivas, tanto la metodología utilizada para la transmisión de los contenidos como la temática abordada. Como negativas, las molestias ocasionadas por el barullo de algunos compañeros, y el aparente desinterés de los mismos, expresado a través de bromas y chistes sobre el tema. La devolución hecha a los alumnos sobre este punto fue que el contenido de un chiste es el contenido del pensamiento, que es expresado de una manera chistosa. "El chiste es usado para revestir pensamientos, ansiedades que el tema produce, es decir una manera de expresarse".

Temática abordada:

- "Aparato reproductor femenino y masculino.
- "Métodos anticonceptivos.
- "SIDA. Prevención.
- "Enfermedades de transmisión sexual.
- "Ejercicio de una sexualidad: placentera, responsable y sana.

EXPERIENCIA PILOTO DE ORIENTACION VOCACIONAL Y OCUPACIONAL

Contando con la coparticipación del gabinete homónimo de la Universidad de Buenos Aires, se desarrolló durante 4 meses una actividad específica que abordó algunos grupos de dos de los colegios bajo Programa con la finalidad de definir con esta experiencia futuras intervenciones:

1. OBJETIVO GENERAL

Contribuir al logro el crecimiento, bienestar y salud de los adolescentes y jóvenes, a partir de intervenciones que promuevan aprendizajes que amplíen los recursos personales y alternativas disponibles, ayudándolos a insertarse en la vida productiva de su comunidad, con roles sociales más saludables.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 2.1. Crear espacios de reflexión para los jóvenes, en los ámbitos naturales en los que participan, para que puedan pensar con sus pares, construir sus proyectos personales de vida, ampliar sus conocimientos sobre la realidad interna y externa, y adquiere competencias que posibiliten procesos de socialización, evitando la marginación.
- 2.2. Revisión de expectativas personales, ideales, valores, modelos familiares y culturales, así como experiencias y conductas habituales que determinarán patrones de comportamiento futuros, a los fines de promover estilos de vida más saludables.
- 2.3. Capacitar a los profesionales, técnicos, docentes y otras personas que estén en contacto con adolescentes y jóvenes, a través de una formación a cargo de profesionales de la Sección Adolescencia del Hospital Argerich y docentes de la Universidad de Buenos Aires.
- 2.4. Brindar asesoramiento a jóvenes, padres y docentes en las escuelas, y derivar a los jóvenes que lo necesiten al Centro de Salud.
- 2.5. Investigar sobre educación, crecimiento, factores de riesgo y salud adolescente.
- 2.6. Evaluación: determinar el impacto y grado de eficacia con que el servicio llega a los jóvenes, recabando sus opiniones, e implementando entrevistas de seguimiento.

FUNDAMENTACION

1. Este es un Programa de educación y salud para adolescentes y jóvenes. La satisfacción de necesidades básicas determina los niveles de salud, bienestar y calidad de vida de las personas. Todo ser humano tiene derechos elementales de satisfacción de sus necesidades básicas, en sus aspectos físicos (vivienda, nutrición), psicosociales (familia, figuras identificadoras) y socioculturales (necesidades de participación y pertenencia).

Educación y trabajo son un derecho universal, a pesar de lo cual las desigualdades en las oportunidades son marcadas entre las diversas personas del mismo país. A partir de la inserción laboral se definen roles sociales. Este Programa entiende que uno de los desafíos importantes de la Educación en la actualidad es preparar y capacitar a los jóvenes para su inserción social y