

Adolescencia: una experiencia de trabajo interdisciplinario

DRAS. ANAHÍ BATTO, MIRTHA BELAMENDÍA ¹, PSIC. MARCELLO CASTELLI ², VCS LÍA PERDOMO ³, PSIC. MÓNICA RENTERÍA

1. Médica pediatra de zona (CASMU).

2. Psicólogo del "Equipo de apoyo del liceo 54". Docente de "Espacio Adolescente" de Enseñanza Secundaria. Miembro de SUAMOC.

3. Voluntaria de Coordinación Social del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Recibido: 17/11/00

Aceptado: 15/4/01

Resumen

Con el objetivo de relatar una experiencia de labor interdisciplinaria en una policlínica de adolescentes del Centro Hospitalario Pereira Rossell, hospital de referencia nacional pediátrica en Uruguay, se describen algunos aspectos del funcionamiento de la misma y se aportan datos estadísticos de la población asistida. Para ello se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de las historias clínicas entre los años 1979 y 1991. De un total de 1.576 pacientes, 64% fueron de sexo femenino y 36% del masculino. La consulta de adolescentes tempranos fue superior a la de los tardíos. La procedencia mayoritaria fue de la capital y departamentos cercanos. La mayoría de los que fueron derivados, lo fueron por médico. Analizando sólo el primer motivo de consulta para el adolescente, codificado según el Sistema Informático del Adolescente, los cinco primeros lugares fueron ocupados por: dolor, control de salud, signos y síntomas urinarios y genitales, síntomas generales, síntomas y signos de piel y faneras. Para la familia fueron: problemas de conducta, problemas emocionales y mentales, problemas de aprendizaje, dolor y otros. En aquellos casos en los que figuraban ambos motivos de consulta, los mismos no coincidieron en 25%. Se destaca la importancia de contar con lugares claros de referencia para los adolescentes, con equipos interdisciplinarios para su atención; que entre otras cosas, se utilice un sistema informático para el procesamiento de las historias clínicas y que se mantenga una escucha atenta tanto a los adolescentes como a su familia.

Palabras clave: ADOLESCENCIA
ATENCIÓN MÉDICA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Resumo

Com o objetivo de relatar uma experiência de labor interdisciplinária em uma policlínica de adolescentes do Centro Hospitalário Pereira Rossell, hospital de referência nacional pediátrica no Uruguai, descrevem-se alguns aspectos do funcionamento da mesma, oferecem-se também dados estatísticos da população assistida. Para isso realizou-se um estudo retrospectivo e descritivo das histórias clínicas dos anos 1979 até 1991. De um total de 1576 pacientes, 64% foram do sexo feminino e 36% do masculino. A consulta de adolescentes mais novos foi superior à dos mais velhos. A maioria procedeu da capital e cidades vizinhas, sendo os mesmos derivados pelos próprios médicos. Analizando só o primeiro motivo de consulta para o adolescente, codificado conforme o Sistema Informático do Adolescente, os cinco primeiros lugares foram ocupados por: dor, controle de saúde, sinais e sintomas urinários e genitais, sintomas gerais e sinais de pele e faneras. Para a família foram: problemas de conduta, problemas emocionais e mentais, problemas de aprendizagem, dores e outros. Naqueles casos em que surgiram ambos motivos de consulta, os mesmos não coincidiram em 25%. Destaca-se a importância de contar com lugares de referência para os adolescentes, com equipes interdisciplinárias para sua atenção; que entre outras coisas possuam um Sistema Informático para o processamento das histórias clínicas e que se mantenha uma escuta permanente tanto aos adolescentes como a sua família

Introducción

"Casi todos los hombres mueren de sus medicinas, no de sus enfermedades"
Jean Baptiste Poquelin (Molière)

La medicina del adolescente (hebiatría, febiatría), tiene ya casi un siglo de historia. A pesar de esto en nuestro país no se la reconoce en la misma medida que en el resto de América Latina. No se discute que es el pediatra el responsable de la asistencia de los adolescentes y de los jóvenes, pero en general se asisten jóvenes y adolescentes en lugares comunes al quehacer diario de la pediatría, sin diferenciar su atención en particular.

Como relata Silber ⁽¹⁾ "en el área del conocimiento científico, ya en 1911, G. Stanley Hall publicó los primeros estudios sistematizados sobre la adolescencia. En 1942 W. Greulich estableció un método científico para evaluar el crecimiento y desarrollo y en la década del '50 James Tanner publicó la obra fundamental sobre el crecimiento en esta etapa de la vida".

A mediados de este siglo se produjeron una serie de cambios sociales responsables de que el adolescente se transformara en objeto de interés y de innovación en materia de salud pública, determinando entre otros, la transferencia de recursos del área de la medicina curativa a la preventiva.

En el continente americano, a partir de la década de los '60, diferentes programas ofrecen una atención diferenciada, multi e interdisciplinaria, e intersectorial, para estas edades y tal como lo vaticinara Moreno ⁽²⁾ en la Reunión de Consulta sobre Prioridades, Estrategias y Planes relacionados con la Salud del Adolescente, llevada a cabo en Washington en enero de 1989, "la trascendencia de la salud física y psicosocial para el desempeño óptimo del individuo y la gran variedad y creciente número de circunstancias que aumentan el riesgo y los daños a que están expuestos los adolescentes como grupo y como personas, llevará a que muy pronto estén encabezando las prioridades de los programas de salud en la región de las Américas".

En el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), de referencia nacional pediátrica en el Uruguay, comenzó en mayo de 1979 a funcionar la Policlínica de Adolescentes que dependía de la Clínica Pediátrica "A", inaugurada por el Profesor Dr. Carlos A. Bauzá y que tuviera posteriormente la dirección invalorable de la Profesora Dra. Irma Gentile-Ramos ⁽³⁾, constituyendo su objetivo asistencial los adolescentes entre 12 y 18 años. En 1985, el área de ginecología del mismo hospital abrió un espacio dedicado a la población adolescente que hasta ese momento se veía en forma conjunta con la población adulta.

En 1989 el Ministerio de Salud Pública, dentro del Programa Materno-Infantil, implementó el Sub-Programa Adolescencia, iniciándose la tarea asistencial en la policlínica instalada en el Centro Hospitalario Dr. Pedro Visca, donde funcionó hasta 1995. En ese año se creó en el CHPR el Centro de Atención al Adolescente, lugar que nucleó además de la última policlínica mencionada, a la Policlínica de Adolescentes de la Clínica Pediátrica "A", a las Policlínicas Gineco-Obstétricas Infanto Juveniles y a la Policlínica de Recién Nacido Hijo de Madre Adolescente supervisada por el Servicio correspondiente, integrándose posteriormente el área de salud mental supervisada por la Cátedra de Psiquiatría Infantil. Por razones de política hospitalaria, en el nuevo Centro de Atención al Adolescente se excluyó de la asistencia a los adolescentes varones entre los 14 y 18 años, lo que significó perder el objetivo asistencial para el grupo de técnicos que en carácter honorario se encargara de los mismos.

En la órbita del Ministerio de Salud Pública, dependiendo de la Dirección General de la Salud, División Promoción de Salud, funciona desde 1995 sin interrupciones la Red Metropolitana para la Salud de los Jóvenes y Adolescentes, que nuclea aproximadamente a 150 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en las áreas de salud, educación formal y no formal, trabajo, deportes, marginalidad, violencia, etcétera.

La demostración de la importancia que en Uruguay se ha ido dando paulatinamente a la temática adolescente, incluye ejemplos como la creación en 1991 del Instituto Nacional de la Juventud dependiente del Ministerio de Educación y Cultura, y en el ámbito del gobierno departamental, la implementación por la Intendencia Municipal de su Programa de Adolescentes.

En Montevideo, en el seno de algunas asociaciones de asistencia médica colectiva, se han creado a partir de 1995 grupos de referencia para el trabajo con adolescentes, así como en el interior del país donde surgen propuestas para la atención diferenciada de este grupo etario.

Objetivo

La finalidad del presente trabajo es relatar la experiencia de una labor interdisciplinaria en la Policlínica de Adolescentes de la Clínica Pediátrica "A" durante toda su trayectoria y aportar algunos datos estadísticos que permitan dibujar el perfil epidemiológico de la población que se asistía en la misma.

Material y método

La Policlínica mencionada, que iniciara su labor en 1979, funcionó seis horas semanales con recursos humanos honorarios hasta 1997. Si bien con el correr de los años y por diferentes motivos fueron cambiando los "nombres propios", el equipo interdisciplinario estuvo integrado por médicos pediatras, médico psiquiatra, psicólogos, asistentes sociales y voluntarias de coordinación social (VCS), es decir que en los 16 años de trayectoria, el trabajo fue fruto de muchos. Los datos de anamnesis y examen físico eran asentados en una historia clínica elaborada por sus integrantes. Inicialmente recogía datos patronímicos, motivos de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales de embarazo, parto, alimentación, crecimiento y desarrollo puberal, inmunitarios y patológicos y antecedentes familiares y ambientales y datos del examen físico. Esta tuvo una evolución formal en 1987, donde además de los datos mencionados se agregó si la consulta era voluntaria o coercitiva para el joven, cuál era el motivo de consulta del adolescente y cuál el del acompañante. Se reformuló en la anamnesis, dentro de los antecedentes personales, el área educativa, de la sexualidad, de los hábitos (alimentarios, higiénicos, de estudio, de consumo de sustancias). Se hizo hincapié en los vínculos sociales, trabajo, tiempo libre, antecedentes jurídicos y penales. Dentro de los antecedentes familiares y ambientales se ahondó en aspectos socioeconómicos, culturales y jurídicos de los integrantes del núcleo familiar.

Esta historia clínica se acompañó de una encuesta auto-administrada que el adolescente llenaba en sala de espera y que investigaba la vivencia del mismo en cuanto a su relación con su núcleo familiar, amigos, estudio, trabajo, tiempo libre, planes para el futuro, autoestima, sexualidad y presencia de síntomas que con frecuencia se relacionan a lo psicosomático, temas preocupantes y en los cuales querían ser asesorados. Ambas, historias y encuestas, eran archivadas en forma conjunta en la propia Policlínica.

El área física correspondía a la Cátedra de Ginecología, que permitió su utilización a este equipo para la asistencia ambulatoria, dos veces semanales, en el horario de 11:00 a 14:00 horas, lo que facilitó en cierta medida que los jóvenes manejaran sus compromisos curriculares. Dicha área era exclusiva para adolescentes en las horas establecidas. Contaba con una amplia sala de espera y una recepción en la cual la VCS interrogaba los datos patronímicos a efectos de registrarlos tanto en la historia clínica como en el sistema de archivo empleado, les proporcionaba la encuesta auto-administrada y material de lectura tanto recreativo, como informativo sobre diferentes temas de salud que interesan a esta edad. Se disponía de cinco consultorios (tres de estilo pediátrico, uno ginecológico y uno para salud mental).

En la instancia de la "consulta", el adolescente era recibido en muchas ocasiones por médico y psicólogo en forma conjunta, y en otras oportunidades por uno y otro técnico en instancias separadas. De cualquier forma había luego una oportunidad de visión grupal que permitía un diagnóstico clínico de salud integral, con un criterio que se mantuvo durante toda la trayectoria de la policlínica. Se evaluaba la necesidad de estudios paraclínicos, de seguimiento médico o psicológico o la consulta con psiquiatra y eventualmente la derivación a otras especialidades. Hubo un largo período en el que había asistente social permanente realizando atención y seguimiento de algunos adolescentes en situación de riesgo; en los momentos en que faltó este recurso humano, una de las VCS con formación en dicha área se ocupó del tema. Se trabajó con un sistema de citaciones y con control domiciliario, en el caso de deserciones que justificaran su pesquisa.

Una vez al mes se realizaron reuniones de equipo para intercambiar ideas sobre aquellos pacientes que presentaban circunstancias especiales.

En relación a la actividad docente, rotaron por la Unidad a elección los alumnos de postgrado de pediatría, se participó en los ateneos de la Cátedra y por invitación en cursos de postgrado de las Cátedras de ortopedia y traumatología y de psiquiatría infantil.

Se desarrolló actividad en investigación, concurriendo y presentando trabajos en múltiples eventos médicos.

Con el fin de dibujar el perfil epidemiológico de la población que se asistió en esta policlínica, se realizó la revisión de las historias clínicas en el período comprendido entre 1979 y 1991, no pudiéndose realizar dicha revisión entre 1992 y 1995, dado que el archivo creado para el Centro de Atención al Adolescente en 1995 absorbió muchas de las historias clínicas correspondientes a ese lapso. Se consignaron los siguientes datos: edad, sexo, derivación, procedencia, motivo de consulta del adolescente y/o motivo de consulta del acompañante; estos últimos codificados acorde a lo propuesto por el Sistema Informático del Adolescente (SIA) ⁽⁴⁾.

Resultados del estudio estadístico

La población asistida correspondió a un total de 1.576 pacientes, 1.007 (64%) del sexo femenino y 569 (36%) del sexo masculino.

La distribución por edad y sexo se muestra en la [tabla 1](#). No figuró el registro de la edad en ocho casos.

En 587 historias se encontró registrada la derivación ([tabla 2](#)).

El Departamento de procedencia se aprecia en la [tabla 3](#).

Se investigó el primer motivo que trajo a la consulta a los jóvenes ([tabla 4](#)), cuya distribución por edad y sexo se ve en las [figuras 1 y 2](#), y el primer motivo del acompañante ([tabla 5](#)) cuya distribución por edad y sexo se ve en las [figuras 3 y 4](#).

En 45 historias se encontraron registrados los motivos de consulta para el adolescente y su acompañante, en 35 casos éstos coinciden y en 10 difieren. La diferencia mencionada se consigna en la [tabla 6](#).

Comentarios

El equipo multidisciplinario en sus inicios, fue transformándose en interdisciplinario debido, al entender de las autoras, a múltiples factores: la permanencia de los integrantes en un área física común y reconocida como lugar "propio"; la estabilidad temporal inmodificada en la trayectoria de la policlínica; las posibilidades de darse el lugar para estar reunidos fuera del horario de la consulta; la disposición humana de sus componentes, abierta al intercambio de ideas y vivencias personales en cuanto al quehacer cotidiano de su labor asistencial, docente, etcétera; el reconocimiento y cumplimiento de los roles; la generosidad de aportar conocimientos a los demás y la humildad de aprender del otro.

El área física tuvo, como la mayor parte de la institución, sus graves carencias. Sin embargo, no fue obstáculo para la realización de una labor realmente querida; en estas circunstancias es siempre fundamental el factor humano.

Se reconoce la importancia de un detallado registro de datos y de su conservación en un archivo organizado, lo que permitió el presente trabajo.

De los datos estadísticos, existe un predominio de la consulta del sexo femenino, significativa en el presente estudio, característica que se repite en otros trabajos regionales ⁽⁵⁻⁸⁾. Para algunos ⁽⁵⁾ la explicación estaría en la mayor preocupación del sexo femenino por resolver los conflictos médico-psicológicos y de adaptación; para otros ⁽⁷⁾, en las pronunciadas diferencias entre los papeles y las características sexuales determinadas por influencias biológicas, culturales y sociales que llevan a diferente valorización de los síntomas y de preocupación con respecto a la salud entre otras cosas. Si bien podrían haber influido los aspectos expuestos, se estima que en este caso debió pesar la existencia de policlínicas gineco-obstétricas para niñas y adolescentes que en aquel momento funcionaron en el mismo hospital, una de ellas incluso ubicada en el mismo lugar físico, aunque en diferente horario.

Tabla 1. Distribución por edad y sexo

Edades	Sexo femenino	Sexo masculino	Total
7	0	1	1
8	1	0	1
9	1	0	1
10	4	2	6
11	37	12	49

	12	126	73	199
	13	197	121	318
	14	221	159	380
Total adolescentes tempranos		587 (58,64%)	368 (64,90%)	955 (60,90%)
	15	190	113	303
	16	123	51	174
	17	71	28	99
	18	27	7	34
	19	3	0	3
Total adolescentes tardíos		414 (41,36%)	199 (35,10%)	613 (39,10%)
Total		1.001 (100%)	567 (100%)	1.568 (100%)
No consta edad		6	2	8

Tabla 2. Distribución según derivación

Derivado por	Nº de pacientes
Médico general, pediatra, especialistas	325
Recaudaciones	156
Centro educativo	31
Urgencia	23
Amigos, familiar, otros	20
Odontólogo	9
Psicólogo	9
Asistente social	8
Juez y policía	6
Total	587 (37,24%)
Sin datos	989 (62,76%)

Tabla 3. Distribución según procedencia

Departamento de procedencia	Nº de pacientes
Montevideo	1323
Canelones	175
San José	13
Florida	6
Colonia	4
Maldonado	4
Tacuarembó	4
Cerro Largo	3
Soriano	2
Treinta y Tres	2
Salto	2
Lavalleja	2
Durazno	1
Flores	1
Rivera	1
Rio Negro	1
Total	1544
Sin datos	32

Tabla 4. Primer motivo de consulta del adolescente

Motivo	Total
Dolor	379
Control de salud	161
Síntomas y signos urinarios y genitales	101
Síntomas generales	75
Síntomas y signos piel y faneras	61
Síntomas y signos respiratorios	58
Problemas de conducta	42
Síntomas y signos neurológicos	42
Problemas emocionales/mentales	40

Tabla 5. Primer motivo de consulta del acompañante

Motivo	Total
Problemas de conducta	82
Problemas emocionales/mentales	28
Problemas de aprendizaje	27
Dolor	25
Otro	18 (*)
Control de salud	15
Síntomas y signos urinarios y genitales	13
Síntomas y signos neurológicos	12
Control por enfermedad previa	11
Síntomas y signos respiratorios	7

(*) Intentos de autoeliminación: 9 casos

El porcentaje de consultas de adolescentes tempranos, 60,90%, fue superior al de los tardíos, 39,10%, lo que no es llamativo ya que la policlínica se insertó en un centro pediátrico y por otro lado, porque la adolescencia temprana más que la tardía pasa por un período de intensos cambios biopsicosociales, lo que genera preocupación tanto en el adolescente como en la familia.

Tabla 6. Cuadro comparativo de motivos de consulta

	Motivos de consulta del adolescente	Motivos de consulta del acompañante
Nro. 1	Odinofagia	Cefalea
Nro. 2	Orientación vocacional	Problemas de aprendizaje
Nro. 3	Búsqueda de orientación	Problemas de aprendizaje
Nro. 4	Control de salud	Problemas de conducta
Nro. 5	Cefalea	Problemas de conducta
Nro. 6	Síntomas y signos respiratorios	Problemas de conducta
Nro. 7	Abuso sexual	Problemas de conducta
Nro. 8	Otro ("inflamación axilar")	Problemas emocionales y mentales
Nro. 9	Pérdida del apetito	Síntomas y signos digestivos
Nro.10	Control (estudio psicológico)	Otro ("los profesores fabulan")

Para el sexo femenino, las diferencias de porcentajes son menos notorias para adolescentes tempranas (58,64%) y tardías (41,36%); para el sexo masculino, los mismos se distanciaron algo más (64,90% y 35,10%, respectivamente). Esto estaría explicado por la eventualidad de que en los varones surgen las crisis en forma más temprana y con frecuencia incluyen dudas sobre su desarrollo genital, porque quizás son menos informados que el sexo femenino ⁽⁵⁾. Estos datos confirman el perfil relatado en trabajos anteriores publicados por la misma policlínica ^(3,9) y en trabajos regionales ⁽⁷⁾.

En cuanto a la derivación, se resalta que no se registró el dato en 62,76% de las historias. Para una mejor calidad asistencial es imprescindible conocer la misma a efectos de lograr una contrarreferencia adecuada a cada caso. De todas formas, mientras duró la experiencia, se percibió el reconocimiento del área asistencial específica para los jóvenes por parte de médicos, ya fuera generales como pediatras y de otras especialidades, de autoridades extrahospitalarias como los centros educativos, juzgados y policía y de la comunidad (amigos, familiares, etcétera). La derivación por médico es también relevante en otros estudios ^(6,10).

La mayoría de la población procedía del departamento de Montevideo y de departamentos cercanos (Canelones, San José), casi 98% de las consultas que tienen el dato. Igual influencia geográfica se evidencia en la internación en esta franja etaria ^(11,12), hecho por demás lógico.

Es dificultoso comparar los motivos de consulta de la presente población con los de otros trabajos, ya que se codificó sobre la base del SIA ⁽⁴⁾, el cual hasta el momento actual en la bibliografía de referencia, se halló aplicado para la investigación en una sola oportunidad ⁽⁸⁾.

Se destaca con respecto al motivo de consulta principal del adolescente, que el dolor ocupó el primer lugar cualquiera fuera el sexo o la edad. Conociendo la frecuencia elevada de los problemas psicológicos y sociales a los que se enfrentan los jóvenes, es probable que en muchos casos el dolor fuera una manifestación somática de un problema en las áreas psicosociales. Por otra parte, muchas veces resultó sólo una excusa para consultar por un motivo que inicialmente se encontraba oculto. Basado en esto, el médico debe tratar de realizar una verdadera escucha y no sumergir al paciente en una serie de exámenes paraclínicos que finalmente resultarán iatrogénicos. Como dice Gentile ⁽¹³⁾, "la medicina es una profesión de riesgo y ser paciente también lo es. Importa cultivar la duda sistemática, practicar una medicina reflexiva y autocrítica..."

El control de salud ocupó el segundo lugar en todas las poblaciones; en 1983 en la misma población ⁽⁹⁾ ocupó el cuarto lugar (9,5%); deberíamos entonces pensar que hubo una modificación en el comportamiento de la población que se asistió en el hospital y que la misma en su momento jerarquizó más el control en salud, o que lo que cambió fue el perfil de la población que concurrió a la consulta. Quizás lo que aumentó fue el número de familias que por falta de recursos económicos y contando con un mayor nivel educativo comenzó a asistirse en el medio hospitalario.

Ocuparon el tercer lugar para el sexo femenino los síntomas urinarios y genitales, a diferencia de lo presentado en el mencionado trabajo ⁽⁹⁾, mientras que los varones presentaron síntomas y signos respiratorios.

Los síntomas generales fueron el cuarto motivo para las adolescentes mujeres y adolescentes varones tardíos, pero este lugar lo ocuparon los problemas de conducta para los varones adolescentes tempranos.

El quinto lugar varió en el sexo femenino; siendo los síntomas y signos neurológicos para las adolescentes tempranas y de piel y faneras para las tardías; en el sexo masculino predominaron los síntomas digestivos. Estos datos no coinciden con trabajos regionales ⁽⁷⁾ y los autores piensan que se debería al diferente encare en la codificación de los motivos de consulta.

Para otros ⁽⁶⁾ el dolor ocupó el sexto lugar, pero cefaleas y dolor abdominal, a modo de ejemplo, fueron tenidos en cuenta como neurológicos o digestivos y no como dolor en sí mismo.

Es de destacar que en el trabajo que usó igual codificación ⁽⁸⁾ de los cinco primeros motivos de consulta, cuatro coinciden (control, dolor, síntomas y signos urinarios y genitales y síntomas generales), aunque en diferente orden.

Analizado el motivo de consulta que manifestó el acompañante, se aprecia que difirieron considerablemente con aquel que trajo a los jóvenes a la consulta. Ocuparon los primeros lugares los problemas de conducta, lo que coincide con trabajos anteriores ⁽⁹⁾, le siguieron los problemas emocionales, mentales, de aprendizaje, ubicándose el dolor en el cuarto lugar y el control en el sexto. Interesa destacar que dentro de "otros" (quinto lugar) nueve casos fueron consultas por intento de autoeliminación, lo que significa que de 1.576 pacientes, 0,57% (1 de cada 175) han intentado terminar con su vida; se entiende que en esta situación lo grave radica no en lo significativo o no del porcentaje, como en la naturaleza misma del hecho. Adquiere aun más importancia cuando se conoce que con respecto a las defunciones de la población total en 1996, según la clasificación de defunciones por causa, edad y sexo de la División Estadística del Ministerio de Salud Pública, el

suicidio y las lesiones auto infringidas ocupan el quinto lugar de las muertes entre 10 y 14 años y el segundo entre los 15 y los 19.

Al decir de algunos autores "la desesperanza ha sido correlacionada repetidamente con la depresión y la ideación suicida o el suicidio consumado". Esta desesperanza en jóvenes de nuestro país que concurren a establecimientos secundarios es alta y se correlaciona con problemas socio-económicos, familiares y con la soledad ^(14,15).

Interesa destacar que el área psico-social constituyó la segunda causa de hospitalización entre los 10 y los 14 años, en un estudio realizado en la Clínica Pediátrica "A", del CHPR ⁽¹⁶⁾.

Comparando los resultados con los obtenidos por Pasqualini y Biedak ⁽⁸⁾ el control, el dolor y los problemas de conducta estuvieron en los primeros lugares, destacando la "aparición" de un nuevo motivo de consulta: aspectos relacionados con el "peso", ya sea por déficit como por exceso. Se cree que este motivo de consulta, así como la ubicación del control en los primeros lugares, hablan de una nueva valoración cultural de aspectos relacionados con la salud.

En aquellas historias clínicas en las que se encontraron consignados ambos motivos de consulta -adolescente-acompañante- (40 historias clínicas), los mismos no coincidieron en 25%, manifestando los jóvenes haber venido por dolor, orientación, control, síntomas respiratorios y los adultos haberlos traído por problemas de aprendizaje y conducta fundamentalmente.



Figura 1. Motivo de la consulta. Sexo femenino

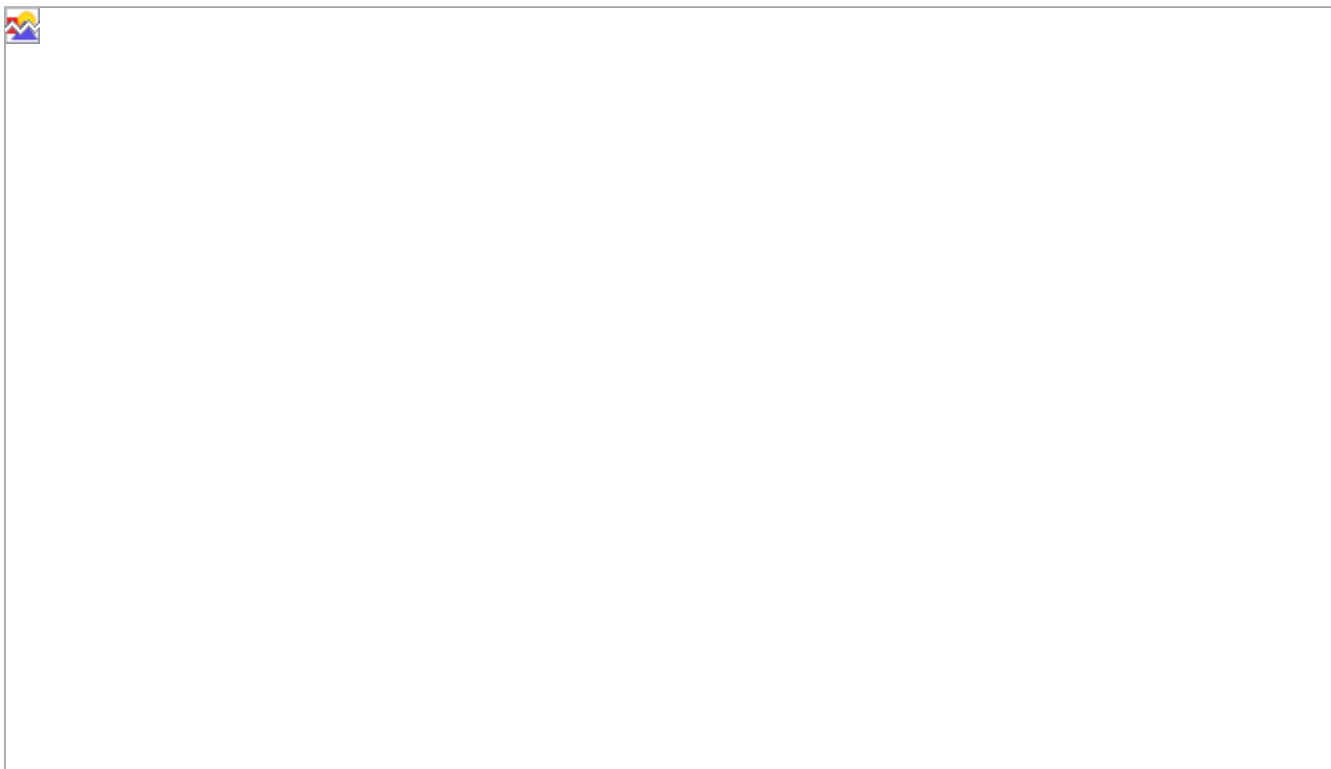


Figura 2. Motivo de la consulta. Sexo masculino

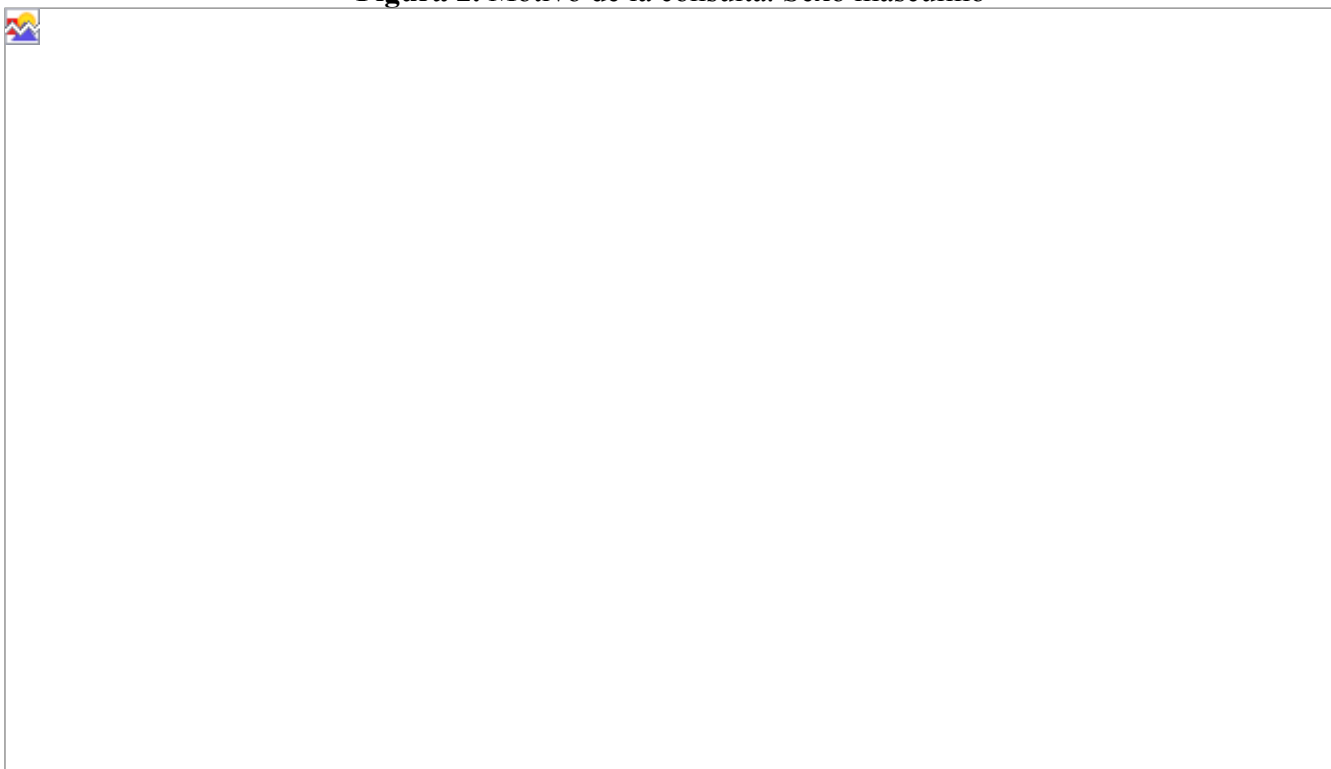


Figura 3. Motivo de consulta del acompañante. Sexo femenino IAE : intento de autoliminación



Figura 4. Motivo de consulta del acompañante. Sexo masculino IAE : intento de autoliminación

Conclusiones

Visto el objetivo planteado inicialmente, se cree interesante destacar que durante casi 20 años, en Uruguay y en el medio hospitalario pediátrico, se contó con un equipo multi e interdisciplinario para la atención integral de la adolescencia, que exige de cada uno tiempo y capacidad de sintonía, tanto intelectual como emocional.

El área física, obviamente necesaria, no requiere una estructura compleja y onerosa, sino por el contrario, sencilla y flexible, donde los adolescentes y el equipo encuentren "su lugar" y puedan ir construyéndola y renovándola a "su medida".

Contando con un SIA, se cree importante que sea utilizado en la práctica general ya que, aunque perfectible, tiene el valor de servir como base para unificar la recolección de datos, codificarlos y favorecer un conocimiento epidemiológico constantemente disponible y comparable entre diferentes instituciones y países de la región.

Los motivos de consulta, como se puede apreciar, varían a veces con el tiempo y con el contexto socio cultural; son siempre de vital importancia ya que permiten establecer una línea de relacionamiento entre el agente de salud y el adolescente haciéndose necesario buscar siempre el motivo "no aparente", el "no expresado" por distintas circunstancias. Al conocimiento de los mismos se llega cuando se tiene una disposición adecuada para la "escucha", "escucha" que debe abarcar todas las instancias de encuentro con el joven.

Summary

With the objective of relating an interdisciplinary work in an adolescent's policlinic at the "Pereyra Rossell" Hospital, which is a pediatric reference center in the country. Some aspects of the work as well as statistical data about the patients treated between 1979 and 1991 have been taken into account. Out of a total of 1.576 patients a 64% were females and the remaining 36% were males. Most consultations were made by younger adolescents rather than older ones, whereas the majority of consultations were made in the Capital city and neighboring provinces. In addition, most patients were derived by their doctors themselves. Considering only the first reason for consultation and according to the Adolescent's Informatics System, the first five most relevant reasons were: physical pain, health check-up, genital and urinary symptoms and signs, general symptoms, skin and faneras symptoms and signs. Apart from that, for the corresponding families, the motives were: behavioral problems, mental and emotional problems, learning difficulties, physical pain and others. In those cases in which both motives for consultations were specified, 25% didn't coincide. It is of utmost importance to have places especially prepared for teenagers. As well as with interdisciplinary equipment and an Informatics System to process Clinical Stories. Besides, a continuous and careful attention to the Adolescent and their families is also essential.

Key words: ADOLESCENCE
MEDICAL CARE
PRIMARY HEALTH CARE

Bibliografía

1. **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.** La salud del adolescente y el joven en las Américas. Publicación científica N° 489. Washington: OPS/OMS, 1985: 27-9.
2. **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.** Programa Regional de Salud Materno-Infantil. Reunión de Consulta sobre Prioridades, Estrategias y Planes relacionados con la salud del adolescente. 9-13 enero 1989. Washington: OPS/OMS, 1989: 2-4.
3. **Algazi I, Zamora R, Santi L, Gobbi H.** Policlínica de Adolescentes. Modelo de atención a cargo de un equipo multidisciplinario. Arch Pediatr Urug 1984; 55: 4.
4. **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.** Centro Latinoamericano de Perinatología. Sistema Informático del Adolescente. Publicación Científica CLAP N° 1324. Montevideo: CLAP, 1995.
5. **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.** La salud del adolescente y el joven en las Américas. In: Bianculli C, Blanca Andrada T, García Varela C, Barchetta C. Atención Médica primaria de adolescentes en un hospital general de Buenos Aires, Argentina. Washington: OPS/OMS, 1985. Publicación Científica N° 489: 283-90.
6. **Girard G, Bottini Z, Massa M, Goldberg L, Perkal G.** Atención médica primaria en adolescentes. Arch Argent Pediatr 1982; 80 (6): 38-48.
7. **Chipkevitch E, Calil Issa E, Franco Schram P.** Experiencia em atendimento ao adolescente em um ambulatorio hospitalar de rede pública. J Pediatr (Brasil) 1989; 65 (4): 103.
8. **Pasqualini D, Biedak E.** Relato de experiencia: características seleccionadas de la demanda en servicios de adolescencia. Revista Científico-Cultural Multidisciplinaria Bilingüe - Adolescencia Latinoamericana 1999; 1 (4): 252-7.
9. **Santi de Portos L, Zamora R, Algazi I, Gobbi M, Gentile I.** Policlínica de adolescentes . Estudio de una población asistida II. Aspectos médicos. Arch Pediatr Urug 1985; 56 (1): 3.
10. **Bourguignon JP, Glowacz F.** Le Centre de Santé de L'adolescent Justifications d'une approche bipolaire et analyse des motifs de consultation. Rev Medical Liege 1998; 53 (6): 337-43.
11. **Guevara R, López O, Mohr B, Nin M, Gentile I, Martínez G et al.** Características de la población internada en una Clínica Pediátrica . Hospital Pereira Rossell. Primer Semestre de 1986. Arch Pediatr Urug 1988; 60 (2): 113-8.
12. **Belamendía M, Batto A.** Internación del Adolescente. Arch Pediatr Urug 1993; 64 (2): 9-16.
13. **Gentile I.** Iatrogenia y malpraxis. Rev Med Uruguay 1993; 9: 3-8.
14. **Viscardi N, Hor F, Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. Rev Med Uruguay 1994; 10: 79-91.
15. **Bailador P, Viscardi N, Dajas F.** Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. Rev Med Uruguay 1997; 13: 213-23.
16. **Ferrari A, Picón T, Magnífico G, Mascaró M.** Hospitalización Pediátrica. Estudio de una población asistida: Clínica Pediátrica "A" 1991-1995. Rev Med Uruguay 1997; 13 (2): 77-92.

Correspondencia: Dra. Anahí Batto
San Martín 2134 apto. 704.
E-mail: abatto@adinet.com.uy