

---

# Atención de adolescentes: un abordaje integral desde la admisión

*D. PASQUALINI\**, *L. MILGRAM\**, *V. ESRUBILSKY\**, *G. MAYANSKY\**, *S. TOPOROSI\**,  
*A. GARBOCCI\**, *N. POGGIONE\**, *A. GLOMBOVSKY\**, *H. LONGARELA\** Y *M.C. HIEBRA\**

---

## RESUMEN

El Servicio de Adolescencia se crea en 1982 y actualmente atiende más de 14.000 consultas clínicas y 10.000 de salud mental por año. Todo adolescente que ingresa es admitido por un pediatra y un profesional de salud mental. El abordaje interdisciplinario y el trabajo en equipo en un mismo espacio físico y simbólico facilitan la comprensión de problemáticas complejas. En los últimos años se percibieron malestares y frustraciones relacionadas con el aumento de la demanda y dificultades para satisfacerlas. Nos propusimos realizar una investigación-acción para analizar y comprender en forma más integral los procesos que se generaban en el espacio de admisión. Se realizaron encuentros entre los profesionales y se rescataron las narrativas de adolescentes y familiares a fin de conocer los obstáculos para su atención y optimizar los recursos. En estos espacios de reflexión se analizaron los motivos de consulta y se percibió el peso de los problemas relacionados con las circunstancias socioeconómicas y psicosociales. Las narrativas de adolescentes y acompañantes confirmaron la magnitud de la influencia de los determinantes sociales y las limitaciones de las redes de salud y de apoyo social. También contribuyeron al diagnóstico y a la búsqueda de estrategias. Ante las limitaciones para admitir a todos los adolescentes al servicio, se planteó la necesidad de un trabajo en red. Se rescataron recursos formales e informales existentes. Los adolescentes y familiares reconocen la modalidad de atención integral e interdisciplinaria del servicio y al hospital público como un lugar de referencia.

## SUMMARY

The Service of Adolescence was created in 1982 and currently serves more than 14,000 clinical consultations and 10,000 of mental health per year. Each teenager is admitted by a pediatrician and a mental health professional. The interdisciplinary approach and teamwork are carried out in the same physical and symbolic space which facilitates the understanding of complex issues. In recent years

we perceived discomforts and frustrations related with the increase in demand and difficulties to meet strategies to resolve the problems. We decided to carry out an investigation-action for analyzing and understanding in a more comprehensive way the processes which are generated in the space for admission. Meetings were conducted between professionals and narratives of adolescents and families were rescued in order to detect the obstacles to their admission and attention and to optimize resources. In the meantime, we analyzed the reasons for consultation and the weight of problems related to the socio-economic and psycho-social circumstances. The adolescent and family narratives confirmed the magnitude of the influence of social determinants and the limitations of health networks and social support. They also contributed to the diagnosis and the search for strategies. Because of the limitations to support all teenagers coming to the Service, we perceived the need for work in network. Formal and informal existing resources were rescued. Teenagers and their family members are thankful for the type of integral and interdisciplinary care the Service grants and value the public hospital as a place of reference.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez lleva una larga trayectoria en la atención de adolescentes. El Servicio de Adolescencia se crea en 1982 y actualmente atiende por año más de 14.000 consultas clínicas y 10.000 consultas de salud mental.

---

\* Servicio de Adolescencia.  
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

*Correspondencia:*  
Dra. Diana Pasqualini: dianapasqualini@arnet.com.ar

En 1993 se implementa en el Servicio una historia clínica con enfoque integral y evaluación de factores protectores y de riesgo. El objetivo fue facilitar la visión del adolescente, su familia, entorno y circunstancias y determinar estrategias de salud anticipatorias a fin de una efectiva prevención.<sup>1,2</sup>

En 1994 se instrumenta la admisión conjunta clínico-psicológica. El abordaje interdisciplinario y el trabajo en equipo en un mismo espacio físico y simbólico fueron valorados desde un principio. De esta manera se crea un marco referencial común y se amplía la escucha más allá de las disciplinas, lo cual facilita la comprensión de problemáticas complejas.<sup>3,4</sup>

Fuimos descubriendo que mientras algunos adolescentes concurren esporádicamente al servicio, ya sea para control de crecimiento y desarrollo o por una enfermedad estacional, otros requieren de múltiples recursos y estrategias innovadoras. En estos últimos casos, si bien no se modifican los diagnósticos ni la denominación de los problemas, éstos se suman. Al diagnóstico presuntivo, se añade la influencia del macrocontexto y la crisis de los valores tradicionales. Aparece claramente la influencia de algunos de los determinantes sociales: la exclusión social, el estrés por la violencia del contexto, el desempleo de los padres, la carencia de apoyo social.<sup>4,5,6</sup>

En los últimos años se fueron incrementando malestares y frustraciones, percibidas desde el primer contacto con el adolescente y sus familias. Al aumento del número de consultas, se agregaron dificultades para satisfacer las demandas.

A raíz de esto nos propusimos realizar una investigación-acción en el espacio de admisión para analizar y comprender en forma más integral los procesos y fenómenos que allí se generaban.

**Tabla 1. Consultas del Servicio de Adolescencia diferenciadas por disciplina**

Año	Clínica	Salud mental	Servicio social
2000	8.264	6.119*	326
2005	12.623	9.294*	903
2010	14.061	10.405*	984

\* Las consultas a salud mental incluyen tratamientos individuales, familiares, grupales, psicodiagnósticos y consultas psiquiátricas.

## OBJETIVOS

- 1) Describir nuestra modalidad de admisión.
- 2) Mostrar los problemas actuales por los cuales consultan adolescentes y acompañantes.
- 3) Ampliar conocimientos para una mejor administración de los recursos.

## METODOLOGÍA

- Se analizó el dispositivo de la modalidad de admisión a fin de optimizar las estrategias de atención.
- Se realizaron 10 encuentros entre los coordinadores de clínica y salud mental de los equipos de admisión a lo largo del segundo semestre de 2010 para analizar los motivos de consulta actuales de adolescentes y acompañantes.
- Se clasificaron en categorías creadas a tal fin.
- Mediante la técnica de observación directa, se registraron las narrativas –los relatos en admisión, rescatando palabras y expresiones textualmente siempre que fuera posible. El objetivo fue conocer las percepciones de los adolescentes y sus familiares acerca de los obstáculos para su atención.
- Se consideraron las dificultades para el abordaje y se evaluaron intervenciones para un mejor uso de los recursos.

## RESULTADOS

### Descripción de nuestra modalidad de admisión

Atendimos en el servicio en el 2010 casi 25 000 consultas. Aproximadamente 2/3 provienen de la provincia de Buenos Aires. Entre 1 y 2%, de otras provincias y de países limítrofes. El resto son de la Ciudad de Buenos Aires.

A partir del aumento de la demanda al hospital en los últimos años (*Tabla 1 y Figura 1*), se reorganiza la orientación de los adolescentes que acuden por primera vez y aumenta el número de consultas al servicio. Ante este hecho, nos vimos obligados a replantear el dispositivo de admisión a fin de poder conservar la filosofía de la atención integral y dar respuesta a las nuevas exigencias.

Todo adolescente que llega al Servicio de Adolescencia es recibido en una prime-

ra entrevista por un pediatra y un profesional de salud mental (psicólogo o psiquiatra). Se escuchan y analizan las consultas del adolescente y la del adulto acompañante, verbalizadas o expresadas como para consulta. Se consideran las condiciones propias del paciente, las familiares y las de su contexto socio-cultural.

Se intenta arribar a una presunción diagnóstica y también detectar el riesgo clínico, psicológico y/o social inmediato o mediato para implementar un abordaje integral.

Se priorizan las demandas que necesitan resolverse en el día. Se asignan el/los profesionales que tendrán las primeras entrevistas con el joven y/o su familia/acompañante.

En el pase, al final del día, se discuten con todo el equipo, los adolescentes con problemática compleja. Se ofrece el servicio como lugar de referencia para el adolescente y su familia.

Todo lo realizado se registra en la Historia de Salud Integral del Adolescente (OPS/OMS).<sup>2</sup>

El aumento y la complejización de la demanda nos obligaron a revisar los motivos de consulta y las estrategias actuales a fin de mejorar las intervenciones con los recursos existentes.

### Encuentros con los profesionales

En los encuentros con los profesionales se analizaron los motivos de consulta registrados en las planillas de admisión, se revisó el CIE 10,<sup>3</sup> se agruparon dichos motivos y se crearon nuevas categorías.

### Clasificación de los motivos de consulta en admisión

- Enfermedad aguda. Ejemplo: Enfermedades estacionales y dolores.
- Control clínico y de crecimiento y desarrollo.
- Enfermedad crónica.
- Discapacidad.
- Enfermedad mental.
- Consulta con el especialista.
- Comportamientos de riesgo.
- Problemas relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales. Ejemplo: Deserción escolar, migración traumática, maltrato y abuso, trastornos en los vínculos familiares, embarazo no deseado, fuga del hogar, adicciones, comportamiento autoagresivo, conducta sexual de riesgo, dietas inapropiadas, etc.
- Orientación en aspectos relacionados con la sexualidad, alimentación, escolaridad, vínculos familiares, etc.

- Solicitud de certificado o evaluación solicitada por una institución. Ejemplo: Certificado de discapacidad, evaluación psicológica y psiquiátrica, examen ginecológico por abuso, etc.

### Registro de las narrativas

En 10 admisiones sucesivas realizadas durante el mes de Septiembre se registraron las narrativas (los relatos) de adolescentes y acompañantes, a fin de conocer el motivo por el que acuden a este hospital y sus percepciones sobre obstáculos para su atención.

Algunos de sus relatos fueron: "mi hijo está enfermo", "venimos a buscar un médico de cabecera", "necesito un certificado", "me mandan de la escuela", "el juzgado pide un tratamiento", "vengo de lejos porque no saben qué tiene mi hijo".

Contaron como obstáculos, antes de su arribo, el no haber encontrado respuestas a sus demandas en zonas vecinas al hogar.

Ejemplos de sus comentarios fueron:

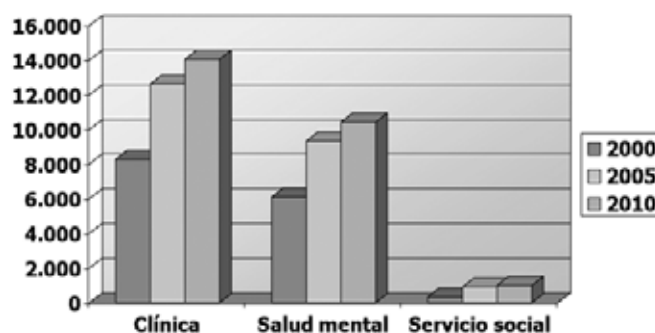
- "Cerca de casa atienden sólo por guardia".
- "Se fue la psicóloga".
- "No hay nada cerca de casa o me dan turno para dentro de mucho tiempo".
- "No hay psiquiatra infantil en la obra social o cerca de mi casa".
- "No conozco el hospital cerca de casa".
- "En la salita no hay médico de adolescentes".

Defendían su derecho a la atención por demanda y a elegir el lugar donde atenderse.

Preferían la atención en esta institución:

- "Soy paciente de este hospital porque me atiendo en otros servicios de especialidades".
- "Siempre me atendí en el consultorio externo de pediatría".

**Figura 1. Consultas del Servicio de Adolescencia diferenciadas por disciplina**



- "Me atiendo siempre en la guardia de este hospital".
- "Trabajo cerca".
- "Aquí está la historia clínica y siempre lo atienden".
- "Pago mis impuestos y tengo derecho a elegir".

Valoraban el ser atendido en el día; les daba confianza la respuesta brindada. Consideraban que el hospital era un lugar referencial, con especialidades reconocidas, recursos tecnológicos, recursos físicos.

A fin de satisfacer las demandas y agilizar las estrategias de atención se implementaron algunas modificaciones.

- Se acordó abrir la historia completa a todos aquellos adolescentes que presentaban consultas complejas que requerían el abordaje clínico, psicológico y/o psicosocial.
- Se implementó una atención con historia clínica abreviada dirigida a resolver la dolencia puntual tipo guardia.
- Se acordó dar turnos diferidos a los que pedían control clínico o de crecimiento y desarrollo.
- Se orientó la atención a otras instituciones si el adolescente refería:
  - a) tener un seguimiento en una institución con profesionales entrenados en la atención de adolescentes,
  - b) tener la posibilidad de atenderse en un hospital o centro de salud vecino,
  - c) pertenecer a una obra social con profesionales capacitados.

A todos se les ofreció la posibilidad de volver en caso de no ver satisfecha su demanda.

## REFLEXIONES

La admisión es el lugar donde se accede al primer contacto con el servicio. En él se privilegia la escucha de la doble demanda "adolescente-acompañante" y el armado de una estrategia de atención.<sup>4</sup> La complejidad de la demanda se va desplegando favorecida por la doble escucha pediátrica-psicológica.

La atención interdisciplinaria en el mismo espacio físico facilita la reflexión conjunta, la discusión de las diferentes problemáticas de adolescentes y familiares y el hallazgo de estrategias innovadoras. Se crea un espacio simbólico de sostén en el cual el equipo actúa en la búsqueda de las soluciones ante situa-

ciones difíciles y en la aceptación de los límites.<sup>4</sup> Y además se posibilita el análisis de la dinámica familiar que se proyecta en los profesionales tratantes, evitando así fracturas en el equipo y fracasos terapéuticos.<sup>9,10</sup>

El servicio se ofrece como un espacio continente, con función "reverie"; de esta manera se intenta ofrecer a nuestros pacientes el contener sus preocupaciones y angustias para ir devolviéndoselas de una manera tolerable, para ser pensadas y así elaboradas. Ésta sería una posición terapéutica desde la admisión.

El concepto de "reverie" se refiere al estado mental materno que logra estar en sintonía y comprensión con las sensaciones y necesidades del niño. Actuando así como un órgano receptor y continente que devuelve la experiencia emocional del bebé en pensamientos.<sup>11,12</sup>

En los espacios de reflexión con los profesionales que realizan la admisión se analizaron los motivos de consulta y se percibió el peso de los problemas relacionados con las circunstancias socioeconómicas y psicosociales. Se observó que la problemática actual está influida fuertemente por las condiciones socioeconómicas.

Las circunstancias en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen son determinantes de la salud. Las oportunidades en la vida de una persona determinan la posibilidad de gozar de buena salud, afectan la adquisición de competencias, la educación y las condiciones futuras.<sup>13-15</sup> Es así que se consideró clave la categoría diagnóstica: Problemas relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales que está relatada en el CIE 10 en el código Z.<sup>8</sup>

La pobreza en los padres de familia puede iniciar una cadena de riesgos sociales. Comienza en la infancia con una menor disposición para el estudio y aceptación de la escuela, sigue con un comportamiento deficiente y pocos logros escolares y conduce a un mayor riesgo de desempleo, marginalidad social percibida y trabajos de bajo nivel social y poca responsabilidad en la edad adulta.<sup>14,15</sup>

Ante las limitaciones de poder ofrecer a todos los adolescentes que acuden al servicio una atención integral, se planteó la necesidad de un trabajo en red.<sup>16</sup> Se rescataron así recursos formales e informales existentes. Entre ellos, en la Ciudad de Buenos Aires, el Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes,<sup>17</sup> la Guía de Servicios Sociales 2010,<sup>18</sup> la Red de Servicios de Salud Mental,<sup>19</sup>

en la provincia de Buenos Aires, la red de Centros Provinciales de Atención a las Adicciones,<sup>20</sup> la Guía de Establecimientos Asistenciales, subsector oficial y privado<sup>21</sup> y otros del interior del país.

Además, es de aclarar que se trabaja en estrecha colaboración con el sistema judicial a través de sus defensorías y juzgados.

Las narrativas de adolescentes y acompañantes contribuyeron al diagnóstico y a la búsqueda de estrategias. Se confirmaron, a través de ellas la magnitud de la influencia de los determinantes sociales y de las limitaciones de las redes de asistencia en salud y de apoyo social.

En forma participativa se visualizaron las graves dificultades económicas para hacer un seguimiento frecuente lejos del hogar y se acordaron derivaciones oportunas. En otras circunstancias se implementó la interconsulta como dispositivo, manteniendo la supervisión a distancia.

Los adolescentes y familiares que acuden al servicio de adolescencia valoran la modalidad de atención integral e interdisciplinaria y reconocen al hospital público como un lugar de referencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pasqualini D, Hiebra MC, Garbocci A, Jacobzon C, Lombardi P, Salgado P. Reflexiones surgidas de la aplicación de una historia de salud del adolescente. *Arch Arg Pediatr* 1996;94:301-308.
2. Simini F, Franco S, Pasqualini D, Lammers C. Sistema informático del Adolescente, con historia de salud sexual y reproductiva. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. OPS/OMS, Agosto 2000.
3. Narváez R. Trabajo en equipo-interdependencia disciplinaria. *Arch Arg Ped* 1985;83(6).
4. Pasqualini D, Blidner J, Mayansky G, Caballero M, Hiebra MC. Recorrido de la Interdisciplina en la Historia de un Servicio de Adolescencia. *Rev Hosp Niños B Aires* 1999;41:350-357.
5. Pasqualini D, Toporosi S, Caballero M, Miklaski G, Salgado P, Hiebra MC. Atención de adolescentes: los múltiples diagnósticos y las estrategias terapéuticas. *Rev Hosp Niños B Aires* 2007;49:99-108.
6. Pasqualini D, Milgram L, Lamy P, Poggione N, Ardite Z, Garbocci A, et al. Medicamentos y Adolescencia. Un estudio preliminar. *Rev Hosp Niños B Aires* 2009;46:203-208.
7. Pineda EB, de Alvarado EL, de Canale FH. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. OPS/OMS; 1994.
8. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades 10°. CIE 10° Revisión. 1992. [http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie\\_10\\_revi.pdf](http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf)
9. Berenstein I. Familia y enfermedad mental. Buenos Aires: Paidós; 1976.
10. Jeammet Ph. La anorexia mental. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, Paris, 1984.
11. Bion W. Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós; 1966.
12. Bion W. Elementos de psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé; 1988.
13. OMS. Wilkinson R, Marmot M. Determinantes sociales de la salud: Los hechos irrefutables. Política de salud para todos (Health for All) en Europa: Objetivo 14-Entornos para la promoción de la salud. 2003. <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>
14. OMS. Comisión sobre Determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: Ediciones Journal S.A.; 2009. [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantes\\_sociales/informefinal.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantes_sociales/informefinal.pdf)
15. Tuñón I. Efecto de las condiciones de vida y las configuraciones familiares sobre los procesos de crianza y socialización de niños, niñas y adolescentes urbanos (2007-2008) Argentina. Equidad para la Infancia. América Latina. Publicado el 01-01-2009. [http://equidadparalainfancia.org/efecto-de-las-condiciones-de-vida-y-las-configuraciones-familiares-sobre-los-procesos-de-crianza-y-socializacion-de-ninos-ninias-y-adolescentes-urbanos-\(2007-2008\)-166/index.html](http://equidadparalainfancia.org/efecto-de-las-condiciones-de-vida-y-las-configuraciones-familiares-sobre-los-procesos-de-crianza-y-socializacion-de-ninos-ninias-y-adolescentes-urbanos-(2007-2008)-166/index.html)
16. Pasqualini D, Llorens A. Salud y Bienestar de los adolescentes y jóvenes: Una mirada integral. Capítulo 12. Interdisciplina. Intersectorialidad. Trabajo en red. OPS/OMS-Facultad de Medicina UBA, 2010. <http://www.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/pdf/SaludBienestarAdolescente.pdf>
17. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Programa de Salud Integral del Adolescente. Red de Adolescencia y Dirección de Estadísticas para la Salud. Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Motivos de consulta de adolescentes. Relevamiento 2004 en Adolescencia en Hospitales de Secretaría de Salud del GCBA. <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/programas/adolescencia/index.php>
18. CIOBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Guía de Servicios Sociales 2010. [http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des\\_social/fortal\\_soc\\_civil/pdf/cd\\_guia\\_servicios\\_sociales\\_2010.pdf](http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/fortal_soc_civil/pdf/cd_guia_servicios_sociales_2010.pdf)
19. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Programas y Redes de Salud Mental. [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s\\_mental/programas/?menu\\_id=17742](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/programas/?menu_id=17742)
20. Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. <http://www.sada.gba.gov.ar/institucional/quienes.php>
21. Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Guía de establecimientos asistenciales. Subsector oficial y privado. Provincia de Buenos Aires-Año 2009. <http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/Guia2008.pdf>