



SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
FUNDACIÓN SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA (FUNDASAP)
Dirección de Congresos y Eventos
Grupo de Trabajo de Discapacidad



JORNADAS NACIONALES DE DISCAPACIDAD EN PEDIATRÍA

“Prevenir, asistir y acompañar. Nuevos desafíos”

2, 3 y 4 de julio de 2015

Sede: Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica “Dr. Carlos A. Gianantonio”
Jerónimo Salguero 1244. Ciudad de Buenos Aires

“Adolescentes con Discapacidades: Sexualidad, Afectividad y Diversidad”

*“Sexualidades: Desafíos en el abordaje integral en la consulta con
adolescentes y sus familias”*

Eduardo Daniel Rolón.
Médico pediatra.
Especialista en adolescencia.
Terapeuta sistémico-relacional.

Motivo de consulta en la adolescencia:

- Los motivos de consulta difieren según la etapa de la adolescencia que se considere.
- Cuando se produce una consulta espontánea, la misma apunta a resolver un cuadro agudo (alto nivel de angustia/preocupación, dolor agudo, imprevisto ante una realidad desconocida).
- En otro grupo podríamos ubicar a los adolescentes que concurren por un control de salud: certificado para el colegio, para realizar alguna actividad deportiva, por algún tipo de subsidio, etc.
- No es frecuente, durante la adolescencia, que el motivo de consulta en forma explícita sea sobre sexualidad , aunque siempre está latente.

Por tal motivo somos los médicos que trabajamos con adolescentes quienes tenemos que salir a buscarla...



Figura 1a. Anverso de la Historia del Adolescente (HCA). Este formulario contiene datos invariantes del adolescente (nombre, fecha de nacimiento, etc.) y datos recabados durante una Consulta Principal. Notar los casilleros de color amarillo que indican posibles situaciones de riesgo aumentado.

CLAP/SMR-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE										ESTABLECIMIENTO		H.C. Nº	
APellidos y Nombres										Nº Identificación			
DOMICILIO										FECHA DE NACIMIENTO			
LUGAR DE NACIMIENTO										Codigo			
COBERTURA Y/O PROTECCIÓN SOCIAL										TEL: _____		domilio mensaje	
CONSULTA PRINCIPAL Nº										FECHA		EDAD	
ESTADO CIVIL										ESTADIA		ETNIA	
ACOMPANANTE										solo		ambos padres	
Motivos de consulta según adolescente:										Motivos de consulta según acompañante:			
1										1			
2										2			
3										3			
Descripción de motivo de consulta													
ANTECEDENTES PERSONALES										PERINATALES		CRECIMIENTO	
ACCIDENTES										INTOXICACIONES		CIRUGIA HOSPITALIAC.	
USO DE MEDICAMENTOS										PROBLEMAS PSICOLÓGICOS		VIOLENCIA	
EDUCACIÓN PREESCOLAR										JUDICIALES		OTROS	
ANTECEDENTES FAMILIARES										CARDIOVASC.		ALERGIA	
DIABETES										OBESIDAD		CANCER	
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS										ALCOHOL DROGAS Y OTROS		VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	
MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE										JUDICIALES		OTROS	
FAMILIA										NIVEL DE INSTRUCCIÓN		DIAGRAMA FAMILIAR	
VIVE										Padre o sustituto		Madre o sustituto	
CONVIVE CON										Padre		Parja	
VIVIENDA										ENERGIA ELÉCTRICA			
AGUA										EXCRETAS		HACINAMIENTO	
PERCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA													

Figura 1b - Reverso de la Historia del Adolescente (HCA). Se completan aquí los datos de la Consulta Principal iniciada en el anverso.

EDUCACIÓN		NIVEL		GRADO CURSO		AÑOS APROBADOS		PROBLEMAS EN LA ESCUELA		AÑOS REPETIDOS		VIOLENCIA ESCOLAR		DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN		EDUCACIÓN NO FORMAL			
ESTUDIA		No escolar		Prim		Sec		Univ		Causa		Causa		Causa		Cual?			
Observaciones																			
TRABAJO		ACTIVIDAD		EDAD INICIO TRABAJO		TRABAJO PARA SU MANUTENCIÓN		TRAB. JUVENIL		HORARIO DE TRABAJO		RAZÓN DE TRABAJO		TRABAJO LEGALIZADO		TRABAJO INSALUBRE		TIPO DE TRABAJO	
Trabajo		Asesaria		Trab. Infantil		Trab. Juvenil		Mañana		Tarde		No gana nada		Si		No		Cual?	
Observaciones																			
VIDA SOCIAL		ACEPTACIÓN		PAREJA		ACTIVIDAD FÍSICA		JUEGOS Y DEBATES		OTRAS ACTIVIDADES									
Aceptado		Rechazado		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si	
Observaciones																			
HABITOS/ CONSUMOS		ALIMENTACIÓN ADECUADA		COMIDAS POR DA CON FAMILIA		TABACO		ALCOHOL		OTRAS SUSTANCIAS/ DROGAS		CONDUCE VEHICULO							
Sueño Normal		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si	
Observaciones																			
GINECO-UROLÓGICO		FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN		CICLOS REGULARES		FLUJO PATOLÓGICO/ SECRECIÓN PENEANA		ITS/IVH		EMBARAZOS									
Menarca		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si	
Observaciones																			
SEXUALIDAD		PAREJA SEXUAL		EDAD INICIO REL. SEX.		DIFÍCILIDADES EN REL. SEX.		ANTICONCEPCIÓN		ACÓ		REDES SOCIALES DE APOYO		REFERENTE ADULTO					
Relaciones Sexuales		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si	
Observaciones																			
SITUACIÓN PSICO-EMOCIONAL		IMAGEN CORPORAL		ESTADO DE ANIMO		REFERENTE ADULTO		VIDA CON PROYECTO		REDES SOCIALES DE APOYO		REFERENTE ADULTO							
Conforme		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si		Si	
Observaciones																			
EXAMEN FÍSICO		PESO (Kg)		Céfiti pesada		IMC		PIEL, FANERAS Y MUCOSA		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		SALUD BUCAL		CUELLO Y TIROIDES	
Normal		Normal		Normal		Normal		Normal		Normal		Normal		Normal		Normal		Normal	
Observaciones																			
TORAX Y MAMAS		C-TRONIDO PULMONAR		FRECUENCIA CARDIACA		ABDOMEN		GENITO URINARIO		TANARIS		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLOGICO			
Normal		Normal		Normal		Normal		Normal		Normal		Normal		Normal		Normal		Normal	
Observaciones																			
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL																			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																			
Responsible																			
Fecha próxima visita																			

HABITOS/ CONSUMOS		ALIMENTACION ADECUADA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DIA CON FAMILIA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	TABACO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ALCOHOL Frecuente si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	OTRAS SUSTANCIAS/S cuál? cuáles? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	CONDUCE VEHICULO Cual? _____	
SUEÑO NORMAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	horas <input type="text"/>	COMIDAS POR DIA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Edad de inicio años <input type="text"/>	Número de episodios <input type="text"/>	Edad de inicio años <input type="text"/>	Edad de inicio años <input type="text"/>	SEGURIDAD SOCIAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Observaciones								
GINECO-UROLOGICO		FECHA ULTIMA MENSTRUACION no conoce <input type="checkbox"/> no concp. <input type="checkbox"/>	CICLOS REGULARES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ITS/VIH no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Tratamiento no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	EMBARAZOS <input type="checkbox"/>	
MENARCA/ESPERMARCA años <input type="text"/>	meses <input type="text"/>	no <input type="checkbox"/> conoce <input type="checkbox"/> no concp. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Cual? _____	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	HIJOS <input type="checkbox"/>	
DISMENORREA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	Búsqueda de contactos <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	ABORTOS <input type="checkbox"/>	
Observaciones								
SEXUALIDAD		PAREJA SEXUAL pareja única <input type="checkbox"/>	EDAD INICIO REL. SEX. años <input type="text"/>	DIFFICULTADES EN REL. SEX. no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCION uso habitual de condón <input type="checkbox"/>	inicio MAC no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Consejería no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ACO de Emergencia no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
RELACIONES SEXUALES no <input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c	bajo coacción <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ACO "pilbox" <input type="checkbox"/>	pref. acod. <input type="checkbox"/>	pref. acod. <input type="checkbox"/>	ACO de Emergencia <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	inyectible <input type="checkbox"/>	otro hormonal (unido vaginal, parche, AE) <input type="checkbox"/>	otro método barrera <input type="checkbox"/>	DIU <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	implante <input type="checkbox"/>	otro método barrera <input type="checkbox"/>	ritmo <input type="checkbox"/>	EDV/masc <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		otro método barrera <input type="checkbox"/>	ritmo <input type="checkbox"/>	EDV/fem <input type="checkbox"/>
Observaciones								
SITUACION PSICO-EMOCIONAL	IMAGEN CORPORAL conforme <input type="checkbox"/>	ESTADO DE ANIMO normal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> retraído <input type="checkbox"/> ideas suicidas <input type="checkbox"/> ansioso/angustiado <input type="checkbox"/> muy triste <input type="checkbox"/> hostil/agresivo	REFERENTE ADULTO madre <input type="checkbox"/>	VIDA CON PROYECTO claro <input type="checkbox"/>	REDES SOCIALES DE APOYO si <input type="checkbox"/>	REFERENTE ADULTO Tel.: _____	
<input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> muy triste <input type="checkbox"/> hostil/agresivo	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> muy triste <input type="checkbox"/> hostil/agresivo	<input type="checkbox"/> retraído <input type="checkbox"/> ideas suicidas <input type="checkbox"/> ansioso/angustiado <input type="checkbox"/> muy triste <input type="checkbox"/> hostil/agresivo	padre <input type="checkbox"/>	confuso <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	Tel.: _____	
<input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> muy triste <input type="checkbox"/> hostil/agresivo	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> muy triste <input type="checkbox"/> hostil/agresivo	<input type="checkbox"/> retraído <input type="checkbox"/> ideas suicidas <input type="checkbox"/> ansioso/angustiado <input type="checkbox"/> muy triste <input type="checkbox"/> hostil/agresivo	fuera del hogar <input type="checkbox"/>	claro <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	Tel.: _____	
Observaciones								

En la ANAMNESIS tenemos presente :
“*estamos con PERSONAS únicas e irrepetibles*”

Plantear situaciones inclusivas grupales o en la entrevista individual, realizar preguntas sinceras y directas:

- ✓ ¿Estás en pareja?
- ✓ ¿Te gusta alguien?
- ✓ ¿Quiénes te gusta?
- ✓ ¿Cómo te das cuenta que te gustan? ¿Cuándo empezaste a sentir que te gustaban?
- ✓ ¿Podes compartir tus gustos con alguien? ¿Cómo te sentís en relación a tus gustos?
- ✓ ¿La atracción es exclusivamente física?
- ✓ Cuando te interesa alguien, ¿sentís que los sentimientos se ponen en juego?
- ✓ ¿Te sentís a gusto en tus relaciones sexuales?
- ✓ ¿Tomás alguna medicación?
- ✓ ¿Realizás algún tratamiento?
- ✓ ¿Podés hablar con tu compañero/a sexual de las cosas que para vos son importantes al momento de estar con él o ella? Inclusive MAC, gustos, tiempos, preferencias, etc.

En la ANAMNESIS tenemos presente :
“*estamos con PERSONAS únicas e irrepetibles*”

- ✓ ¿Tuvieron ambos información sobre sexualidad y relaciones sexuales?
- ✓ ¿Lo hablaron con la familia, con amigos, o en el colegio?
- ✓ ¿Usan alguna sustancia vos, tu pareja o ambos al tener relaciones?
- ✓ ¿Tomás / toman alcohol antes de tener relaciones sexuales?
- ✓ ¿Disfrutás más cuando estás sola/o o en pareja? (Videos, chateo, masturbación.)
- ✓ ¿Qué opinas sobre las masturbación? ¿Te masturbas? ¿Disfrutas cuando te masturbas?
- ✓ ¿Tenés relaciones en espacios tranquilos o “donde sea”?
- ✓ ¿Tenés algún pensamiento que te preocupe al momento de iniciar el juego amoroso o al tener relaciones sexuales?
- ✓ ¿Siempre pudiste consentir tus relaciones sexuales?
- ✓ ¿Tuviste algún impedimento en tu última relación sexual?
- ✓ ¿Como te sentís y te definís en relación a tu identidad? (Recordar es auto-percepción... solo la define él o la joven).

¿Qué se obtiene de la Anamnesis?

- Costumbres y creencias.
- Relación con “el otro”.
- Respuesta Sexual. Improntas.
- Uso o no de MAC.
- Conocimiento de su propio entorno.
- Conocimiento de las leyes vigentes.
- Entidades Crónicas. Co - morbilidades.
- Consumos Recreativos.
- Consumos Problemáticos.



¿Qué se obtiene de la Anamnesis?

- Información sobre Sexualidades y Relaciones Sexuales.
- Información específica sobre Orientación Sexual.
- Información específica sobre Identidad Sexual.
- Abuso, relaciones impuestas, violencia.
- Mapa Erótico. Fantasías Sexuales. Autoerotismo. “Exclusividades”.
- Indemnidad o no de Corteza, Sistema Vegetativo, Médula Espinal, Neurotransmisores, Hormonas. Aparato Genital.



Dificultades habituales en el abordaje de la sexualidad y el género:

- Desconocimiento,
- Desinformación,
- Prejuicios,
- Pudor,
- Sexo del médico de adolescentes,
- Falta de tacto y/o timing.

¿Diverso a qué?





¿Quién lo dice?

¿Por qué lo dice?

¿Para qué lo dice?

¿En que contexto lo dice?

¿A quien beneficia lo dicho?

¿A quién perjudica lo dicho?

**...porque nuestro fin
último es el cuidado y
bienestar de nuestros
pacientes...**