



**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...





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



ZONA LIBRE DE DISCRIMINACIÓN



**¿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...**