



MINISTERIO DE SALUD  
S.S. VALPO. - SAN ANTONIO



UNICEF



UNIVERSIDAD DE  
VALPARAISO



ASOCIACION CHILENA DE  
PROTECCION DE LA FAMILIA

T O M O I

II SIMPOSIO  
"ATENCION DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE"

INFORME FINAL

3-4-5 Noviembre 1983  
VALPARAISO  
CHILE

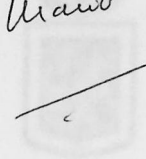
460

714

3



*D. Mauro Emilio Palma*



MINISTERIO DE SALUD  
S. VALPO. - SAN ANTONO

UNICEF

INSTITUTO DE SALUD PÙBLICA

ORGANIZACION CHILENA DE PROTECCION DE LA FAMILIA

40460

2820

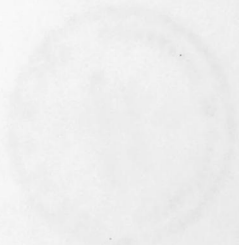
1973

1102



INFORME FINAL  
"ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE"

INFORME FINAL



SAN ANTONO 1973

Horta Parraquez, Saúl



\*16865\*



MINISTERIO DE SALUD  
S. VALPO. - SAN ANTONIO



UNICEF



UNIVERSIDAD DE  
VALPARAISO



ASOCIACION CHILENA DE  
PROTECCION DE LA FAMILIA

WS 460  
S 612s  
1983

T O M O I



II SIMPOSIO  
"ATENCION DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE"

INFORME FINAL

EDITORES

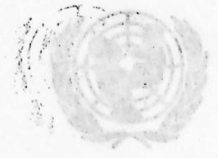
INFORME FINAL



Dr. Saúl Horta P.  
Dr. Guillermo Delgado I.  
Sra. Nora Ibarra F.  
Sra. Verónica Cosío W.

ASOCIACION CHILENA DE PROTECCION DE LA FAMILIA  
Ave. Santa María N° 3404  
Santiago, Chile.

3-4-5 Noviembre 1983  
VALPARAISO  
CHILE



ASOCIACION CHILENA DE PROTECCION DE LA FAMILIA

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

UNICEF

MINISTERIO DE SALUD VALPO. - SAN ANTONIO

12 de Mayo  
1984

T O M O I



II SIMPOSIO

"ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE"

Reg: 16865 V1 c2

INFORME FINAL



3-4-2 Noviembre 1983  
VALPARAISO  
CHILE

II SIMPOSIO DE ATENCION DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Valparaíso, 3-4-5 Noviembre 1983

Organizado y programado por:

DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA  
SERVICIO DE SALUD VALPARAISO-SAN ANTONIO  
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

Del material se edita:

MINISTERIO INFORME FINAL :

FACULTAD DE MEDICINA UNIV. VALPARAISO Enero 1984

UNICEF EDITORES :

ASOCIACION CHILENA DE PROTECCION DE LA FAMILIA  
Dr. Saúl Horta P.  
Dr. Guillermo Delgado I.  
Sra. Nora Ibarra F.  
Sra. Verónica Cosoi P.

IMPRESO POR : ASOCIACION CHILENA DE PROTECCION DE LA FAMILIA  
Avda. Santa María N° 0494  
Santiago, Chile.

Edición: 500 ejemplares

Marzo, 1984.

II SIMPOSIO DE ATENCION DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Valparaíso, 3-4-5 Noviembre 1983

1.	INTRODUCCION	1
	-Objetivos del Simposio, organización y opinión de la Comisión Organizadora	2 y 3
2.	RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL SIMPOSIO Y CONCLUSIONES	4
	LISTA DE PARTICIPANTES INVITADOS	22
	<u>Organizado y programado por :</u>	
	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	34
	SERVICIO DE SALUD VALPARAISO-SAN ANTONIO	32
	DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	
	UNIVERSIDAD DE VALPARAISO	35
	- Discurso Sr. Paulo Basore Representante de UNICEF para Argentina, Chile y Uruguay.	43
	<u>Con el patrocinio de :</u>	
	MINISTERIO DE SALUD	47
	FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE VALPARAISO	48
	UNICEF	56
	ASOCIACION CHILENA DE PROTECCION DE LA FAMILIA	76
	Dr. Isidoro Páez...	81

INFORME FINAL : Enero 1984

EDITORES :  
 Dr. Saúl Morla F.  
 Dr. Guillermo Delgado F.  
 Sr. Jorge Jara F.  
 Sr. Verónica Casot F.

IMPRESO POR : ASOCIACION CHILENA DE PROTECCION DE LA FAMILIA  
 Avda. Santa María N° 0404  
 Santiago, Chile.  
 Edición: 500 ejemplares

Marzo, 1984.

INDICE TOMO I

	Pag.
1. INTRODUCCION	1
-Objetivos del Simposio, organización y opinión de la Comisión Organizadora	2 y 3
2. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL SIMPOSIO Y CONCLUSIONES	4
3. OPINION DE LOS ANTECEDENTES INVITADOS	22
4. SESION INAUGURAL	31
- Discurso Dr. Saúl Horta P. Sub-Director Médico Servicio Salud Valparaíso-San Antonio : Presidente del Simposio.	32
- Discurso Dr. Mario Bustos P. Director Dirección de Atención Primaria Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.	38
- Discurso Sr. Paolo Basurto Representante de UNICEF para Argentina, Chile y Uruguay.	41
5. CONFERENCIAS	47
-"El embarazo de adolescentes, un problema de Salud Pública". Dr. Benjamín Viel	48
-"Revisión de los rasgos psicológicos del adolescente chileno". Dr. Julio Pallavini	56
-"El adolescente, la Sociedad y la Familia" Dra. Ana María Kaempffer.	76
-"Trascendencia de las enfermedades de transmisión sexual en la infancia y adolescencia. Rol de Atención Primaria en la detección y prevención de las enfermedades de transmisión sexual". Dr. Isidoro Pasmanik.	91

\*\*\*\*\*

1	INTRODUCCION	1
2 Y 3	Objetivos del Simposio, organización y opinión de la Comisión Organizadora	2 Y 3
4	RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL SIMPOSIO Y CONCLUSIONES	4
52	OPINION DE LOS ANTECEDENTES INVITADOS	52
31	SESION INAUGURAL	31
32	- Discurso Sr. Saúl Norja P. Sub-Director Médico Servicio Salud Valparaíso-San Antonio : Presidente del Simposio.	32
38	- Discurso Dr. Mario Bustos P. Director Dirección de Atención Primaria Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.	38
41	- Discurso Sr. Paolo Basutto Representante de UNICEF para Argentina, Chile y Uruguay.	41
47	CONFERENCIAS	47
48	-"El embarazo de adolescentes, un problema de Salud Pública". Dr. Benjamin Vial	48
58	-"Revisión de los rasgos psicológicos del adolescente chileno". Dr. Julio Pallevant	58
78	-"El adolescente, la sociedad y la familia". Dra. Ana María Kamptler.	78
91	-"Trascendencia de las enfermedades de transmisión sexual en la infancia y adolescencia. Rol de Atención Primaria en la detección y prevención de las enfermedades de transmisión sexual". Dr. Isidoro Pemanik.	91

El Servicio de Salud de Valparaíso-San Antonio dentro de sus políticas considera que el problema de atención de salud de niños de atención primaria continúa vigente y necesita un enfoque multisectorial; por otra parte, dentro de esta política, la Atención Primaria se ha planteado como una estrategia para abordar los problemas de salud emergentes que dificultan los logros aspirados a todo nivel.

Por las razones señaladas, se consideró del más alto interés obtener la experiencia de los profesionales que atienden a los adolescentes que consultan los distintos programas, a través de un taller de trabajo que permitiera y facilitara el intercambio de experiencias y conocimientos en el ámbito de atención de salud de adolescentes y familias.

1. INTRODUCCION.

Consecuentemente con lo anterior, el Servicio se propuso trasladar al nivel de atención integral el problema de adolescentes que fue planteado interinstitucionalmente en el nivel de atención integral del Adolescente realizado en Noviembre de 1981.

La Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 40/59 de 1985, en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Juventud, en virtud de la cual se realizaron actividades preparatorias para la Conferencia Mundial sobre la Juventud, se planteó la necesidad de abordar y desarrollar las actividades de atención primaria en este campo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el UNICEF, realizó en este marco actividades participativas en el ámbito de este propósito.

## I N T R O D U C C I O N

El Servicio de Salud de Valparaíso-San Antonio dentro de sus políticas considera que el problema de atención de salud del adolescente continúa vigente, y necesita un enfoque multisectorial; por otra parte, dentro de esta política, la Atención Primaria se ha planteado como una estrategia para abordar los problemas de salud emergentes que dificultan los logros aspirados a todo nivel.

Por las razones señaladas, se consideró del más alto interés obtener la experiencia de los profesionales del Nivel Primario en la atención de los adolescentes que consultan los distintos programas, a través de un evento que fuere su tribuna y posibilitara el intercambio de aquellas experiencias que llevaran al análisis de los problemas y al planteamiento de medidas de mejor atención.

Consecuentemente con lo anterior, el Servicio se propuso trasladar al nivel primario el interés por la Atención Integral del Adolescente, que fue planteado interinstitucionalmente en el más alto nivel en el I Simposio de Atención Integral del Adolescente realizado en Noviembre de 1981.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su Resolución 34-151, designó el año 1985, como el Año Internacional de la Juventud. En virtud de ello, numerosos países están realizando actividades preparatorias con miras a compartir experiencias y crear conciencia de las necesidades, problemas y perspectivas de la juventud. La presencia de UNICEF-Agencia de Naciones Unidas- en este Simposio, reafirmó el interés de las instituciones participantes por colaborar en este propósito.

El Servicio de Salud de Valparaíso-San Antonio de-  
tro de sus políticas considera que el problema de atención de salud del  
adolescente continúa vigente, y necesita un enfoque multidisciplinario; por  
otra parte, dentro de esta política, la Atención Primaria se ha planteado  
de como una estrategia para abordar los problemas de salud emergentes  
que dificultan los logros esperados a todo nivel.

Por las razones señaladas, se consideró del más al-  
to interés obtener la experiencia de los profesionales del Nivel Primario  
en la atención de los adolescentes que consultan los distintos pro-  
gramas, a través de un evento que fuera su fórum y posibilitara el in-  
tercambio de aquellas experiencias que llevaron al análisis de los pro-  
blemas y al planteamiento de medidas de mejor atención.

Consecuentemente con lo anterior, el Servicio de  
propuso trasladar al nivel primario el interés por la Atención Integral  
del Adolescente, que fue planteado inicialmente en el año 1981  
al nivel en el I Simposio de Atención Integral del Adolescente realiza-  
do en Noviembre de 1981.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su  
Resolución 34-151, designó el año 1985, como el Año Internacional de la  
Juventud. En virtud de ello, numerosos países están realizando activi-  
dades preparatorias con miras a compartir experiencias y crear condi-  
ciones de las necesidades, problemas y perspectivas de la juventud. La  
presencia de UNICEF-Agencia de Naciones Unidas- en este Simposio, testi-  
fica el interés de las instituciones participantes por colaborar en este  
proyecto.

Participación:

OBJETIVOS DEL SIMPOSIO.

1. Proporcionar al personal profesional del Nivel Primario de Aten-  
ción, información sobre el estado de adolescencia y los proble-  
mas de salud inherentes a éste período, para lograr una actitud  
positiva a los requerimientos de salud y otros de éste grupo de  
la población.
2. Identificar las principales experiencias vividas en el Consulto-  
rio del primer Nivel en la atención de pacientes adolescente,  
consultantes en los distintos programas, para obtener un perfil  
de las necesidades de aquellos y relacionarlas con la situación  
de salud en la infancia.
3. Establecer en base a lo enunciado anteriormente, conductas y pro-  
cedimientos que permitan mejorar la calidad de la atención, obte-  
ner mayores conocimientos del problema y lograr colaboración de  
otros sectores con los mismos fines.
4. En base a lo anterior, elaborar un manual que contenga los prin-  
cipales problemas de salud física y mental del adolescente, que  
identifique la relación de estos problemas con la situación de sa-  
lud en la niñez, las formas de prevenirlos y su tratamiento en el  
nivel primario de atención de salud.

ORGANIZACION DEL SIMPOSIO.

Se realizó en Valparaíso en el Club Español los  
días 3 - 4 y 5 de Noviembre en horario de 8:30 a 18:30 horas.

Participaron :

- Profesionales de los Consultorios del primer nivel del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.
- Directivos del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.
- Profesionales de Consultorios de Adolescentes.
- Profesores invitados de la Universidad de Valparaíso y de la Universidad de Chile.
- Participantes del Primer Simposio (Asesores de los trabajos de Grupo).
- Representantes de Organizaciones Comunitarias.
- Adolescentes invitados.

La Comisión Organizadora estima que este Segundo Simposio reafirmó la conclusión general del primero, en el sentido que la estrategia más importante para obtener información y formular lineamientos consistentes sobre los problemas de salud de la adolescencia, es el trabajo multidisciplinario. Además, se enriqueció con la incorporación de los profesionales de la atención primaria para los efectos de obtener un diagnóstico más exacto de su realidad; con la incommensurable experiencia de UNICEF sobre la materia; y por primera vez, la participación activa de los adolescentes para que emitieran opiniones acerca de su vivencia del problema, criticasen la manera cómo los adultos desarrollan esfuerzos para solucionarlo y planteasen sugerencias sobre contenidos y formas de abordar el tema, cuya profundidad provocó asombro y admiración.

El contenido de éste Simposio constituirá una sólida base para la elaboración del Manual de Salud Integral del Adolescente, enunciado en los objetivos del presente Simposio. La aprobación y colaboración de UNICEF para su realización es un importante respaldo que debe acogerse en todo su significado.

OBJETIVOS DEL SIMPOSIO

1. Proporcionar al personal profesional del Nivel Primario de Atención, información sobre el estado de adolescentes y los problemas de salud presentes a este período, para lograr una actitud positiva a los requerimientos de salud y otros de este grupo de la población.
2. Identificar las principales experiencias vividas en el Consultorio del primer nivel en la atención de pacientes adolescentes, consultar en los distintos programas, para obtener un perfil de las necesidades de aquellas y relacionarlas con la situación de salud en la infancia.
3. Establecer en base a lo enunciado anteriormente, conductas y procedimientos que permitan mejorar la calidad de la atención, obtener mayores conocimientos del problema y lograr colaboración de otros sectores con los mismos fines.
4. En base a lo anterior, elaborar un manual que contenga los principales problemas de salud física y mental del adolescente, que identifique la relación de estos problemas con la situación de salud en la niñez, las formas de prevenirlos y su tratamiento en el nivel primario de atención de salud.

ORGANIZACIÓN DEL SIMPOSIO

Se realizó en Valparaíso en el Club Español los días 3 - 4 y 5 de Noviembre en horario de 8:30 a 18:30 horas.

RESULTADO DE EVALUACION DEL SIMPOSIO

TOTAL DE EVALUACIONES = 49

1) ¿Se cumplieron los objetivos del Simposio?

OBJETIVO 1

Proporcionar al personal profesional del Nivel Primario de Atención, información sobre el estado de adolescencia y los problemas de salud inherentes a este período, para lograr una actitud positiva a los requerimientos de salud y otros de este grupo de la población.

Se cumplió = 44 respuestas

Se cumplió parcialmente = 5 respuestas

No se cumplió = 0 respuestas

2. RESULTADOS DE LA EVALUACION.

OBJETIVO 2

Identificar las principales experiencias vividas en el Consultorio del Primer Nivel en la atención de pacientes adolescentes, consultantes en los distintos programas, para obtener un perfil de las necesidades de aquellos y relacionarlas con la situación de salud en la infancia.

Se cumplió = 36 respuestas

Se cumplió parcialmente = 13 respuestas

No se cumplió = 0 respuestas

OBJETIVO 3

Establecer en base a lo enunciado anteriormente, conductas y procedimientos que permitan mejorar la calidad de la atención, obtener mayores conocimientos del problema y lograr colaboración de otros sectores con los mismos fines.

Se cumplió = 33 respuestas

Se cumplió parcialmente = 16 respuestas

No se cumplió = 1 respuesta

En blanco = 1

OBJETIVO 4

RESULTADO DE EVALUACION DEL SIMPOSIO

TOTAL DE EVALUACIONES = 49

1) *¿Se cumplieron los objetivos del Simposio?*

OBJETIVO 1

Proporcionar al personal profesional del Nivel Primario de Atención, información sobre el estado de adolescencia y los problemas de salud inherentes a éste período, para lograr una actitud positiva a los requerimientos de salud y otros de éste grupo de la población.

Se cumplió = 44 respuestas

Se cumplió parcialmente = 5 respuestas

No se cumplió = 0

OBJETIVO 2

Identificar las principales experiencias vividas en el Consultorio del Primer Nivel en la atención de pacientes adolescentes, consultantes en los distintos programas, para obtener un perfil de las necesidades de aquellos y relacionarlas con la situación de salud en la infancia.

Se cumplió = 36 respuestas

Se cumplió parcialmente = 13 respuestas

No se cumplió = 0

OBJETIVO 3

Establecer en base a lo enunciado anteriormente, conductas y procedimientos que permitan mejorar la calidad de la atención, obtener mayores conocimientos del problema y lograr colaboración de otros sectores con los mismos fines.

Se cumplió = 33 respuestas

Se cumplió parcialmente = 14 respuestas

No se cumplió = 1 respuesta

En blanco = 1

RESULTADO DE EVALUACION DEL SIMPOSIO

TOTAL DE EVALUACIONES = 46

1) ¿Se cumplieron los objetivos del Simposio?

OBJETIVO 1

Proporcionar al personal profesional del Nivel Primario de Atención, información sobre el estado de adolescencia y los problemas de salud interrelacionados a este período, para lograr una actitud positiva a los requerimientos de salud y otros de este grupo de la población.

Se cumplió = 44 respuestas  
Se cumplió parcialmente = 2 respuestas  
No se cumplió = 0 respuestas

OBJETIVO 2

Identificar las principales experiencias vividas en el Consultorio del Primer Nivel en la atención de pacientes adolescentes, consultantes en los distintos programas, para obtener un perfil de las necesidades de salud y relacionarlas con la situación de salud en la infancia.

Se cumplió = 36 respuestas  
Se cumplió parcialmente = 13 respuestas  
No se cumplió = 0 respuestas

OBJETIVO 3

Establecer en base a lo enunciado anteriormente, conductas y procedimientos que permitan mejorar la calidad de la atención, obtener mayores conocimientos del problema y lograr colaboración de otros sectores con los mismos fines.

Se cumplió = 33 respuestas  
Se cumplió parcialmente = 14 respuestas  
No se cumplió = 1 respuesta  
En blanco = 1

OBJETIVO 4

En base a lo anterior, obtener los elementos básicos para la producción de un manual que contenga los principales problemas de salud física y mental del adolescente, que identifique la relación de estos problemas con la situación de salud en la niñez, las formas de prevenirlos y su tratamiento en el nivel primario de atención de salud.

Se cumplió = 22 respuestas  
Se cumplió parcialmente = 22 respuestas  
No se cumplió = 1 respuesta  
En blanco = 4 respuestas

2) La metodología utilizada en el Simposio, le pareció adecuada a los objetivos de éste?

Sí = 46 respuestas

Porque :

- El trabajo de grupo es muy productivo, fue escogido de manera que lo integraron profesionales de distintas áreas lo que enriqueció la visión.  
El trabajo de referencia fue de gran utilidad.  
La participación de los adolescentes fue enriquecedora, también para ellos. Excelente selección de ellos.
- Permite intercambio de experiencias y el aporte de ideas de profesionales.
- Permite conocer la experiencia de un grupo de profesionales, de diversas áreas de salud, asesorados por gente preparada en la materia.
- Excelente nivel de conferencistas, adecuado sistema de discusión.
- Los trabajos de grupo fueron multidisciplinarios y los participantes aportaban sus experiencias de acuerdo a su disciplina, lo que ayudó a considerar en forma integral al adolescente.
- Hago hincapié en que faltó tiempo para profundizar en el tema.
- Es una buena forma de poder encontrar los problemas internos del adolescente, además afirmó que todos los objetivos obtenidos van a tener un mayor porcentaje de consultas de los adolescentes hacia los consultorios, hospitales, etc..

- Se estableció un diálogo franco y enriquecedor.
- Permite la participación activa de los miembros del grupo de salud aportando sus experiencias, así como de adolescentes que nos muestran sus principales problemas.
- Alternar exposición y reunión de grupo con profesionales de conocimientos y experiencias diferentes junto con profundizar enriqueció el diálogo.
- Por la participación activa de profesionales de todo nivel y de especialistas de calidad.
- Los trabajos de grupo son enriquecedores, por el intercambio de experiencias de cada uno de los participantes.
- Porque el hecho de contemplar conferencias con trabajos de discusión en un grupo heterogéneo, permite compartir en forma óptima experiencias y proyecciones.
- Permite el intercambio de ideas y el conocimiento de otras experiencias.
- Es una metodología actual y adecuada a los objetivos planteados.
- Hubo participación adecuada de las diferentes personas, con gran aporte y buen intercambio de experiencia.
- Porque la discusión en grupo, permite un excelente aporte de cada uno de los participantes. La formación del consolidado por un par de representantes del grupo la encuentro acertada.
- Los contenidos teóricos entregados en las conferencias constituyeron un buen marco de referencia para introducir el análisis en los grupos de trabajo, de allí que fué útil la metodología utilizada, que permitió, con tiempo adecuado, cubrir los dos momentos; conocer, reflexionar y concluir. La formación interdisciplinaria de los grupos también ayudó al propósito de un estudio de la problemática, desde una perspectiva integradora de todas las variables bio-psico-sociales vivenciales.
- Porque en grupos relativamente pequeños es más fácil ponerse de acuerdo, me gustó el que hablen representantes de salud-comunidad, etc. de diferentes niveles.
- (Muy buena organización). Despertó entusiasmo, conferencias de gran calidad técnica. Ambiente agradable.
- Permitted compartir experiencias y aunar criterios razonables en los grupos de discusiones. Los guías de grupo como la Dra. Peláez me parecieron excelente como orientadores.

OBJETIVO A

En base a lo anterior, obtener los elementos básicos para la producción de un manual que contenga los principales problemas de salud física y mental del adolescente, que identifique la relación de estos problemas con la situación de salud en la ciudad, las formas de prevenirlos y su tratamiento en el nivel primario de atención de salud.

25	cumplido	=	22	respuestas
25	cumplido parcialmente	=	22	respuestas
1	No se cumplió	=	1	respuesta
4	En blanco	=	4	respuestas

La metodología utilizada en el Simposio, se basó en el método de objetivos de grupo.

25 = 40 respuestas

Porque :

- El trabajo de grupo es muy productivo, fue escogido de manera que los integrantes profesionales de distintas áreas lo que enriquece la visión.
- El trabajo de referencia fue de gran utilidad.
- La participación de los adolescentes fue enriquecedora, tanto para ellos, excelente selección de ellos.
- Permitió intercambio de experiencias y el aporte de ideas de profesionales.
- Permitió conocer la experiencia de un grupo de profesionales de diversas áreas de salud, asesorados por gente preparada en la materia.
- Excelente nivel de conferencias, adecuado sistema de discusión.
- Los trabajos de grupo fueron multidisciplinarios y los participantes aportaron sus experiencias de acuerdo a su disciplina, no se quedó a contar en forma integral el adolescente.
- Hago hincapié en que se usó tiempo para profundizar en el tema.
- Es una buena forma de poder encontrar los problemas interrelacionados, además sirvió que todos los objetivos obtenidos van a tener un mayor porcentaje de consultas de los adolescentes en los consultorios, hospitales, etc.

- La metodología muy buena, los objetivos ambiciosos.
- Las conferencias fueron muy buenas y posibilitaron reciclar los conocimientos del tema y los trabajos de grupos con profesionales de otro nivel enriqueció la experiencia.
- Exposiciones claras - motivadoras. Grupos tamaño adecuado que permitieron participación activa de todos los componentes.
- Multidisciplinarias, distintos grupos etarios, distintas vivencias y conocimiento se reunieron para en forma armónica buscar soluciones o aunar opiniones.
- El trabajo de grupo permitió el compartir experiencias vividas con profesionales de diferentes sectores lo que en forma amplia cumple los objetivos.
- La organización de los grupos con diversos profesionales y la asesoría permitió arribar a conclusiones válidas y confiables.
- Me parece que la discusión de grupo es la técnica más provechosa para sacar conclusiones y aprender.
- Por la metódica de grupos de trabajo con profesional con distinto grado de conocimiento sobre adolescencia y diferentes experiencias y las conferencias sobre interesantes aspectos del adolescente como complemento.
- Por haberse certificado una metodología ágil y porque las conferencias fueron muy precisas y de gran base para el trabajo de grupo. Además el carácter multidisciplinario enriquecen el análisis.

No se cumplió = 1 respuesta

- Debería haber existido dos adolescentes por grupo, para que interaccionaran, complementaran y se introdujeran en forma más inmediata y activa a la discusión de grupos. También en cuanto a los objetivos principales y generales que persigue este Simposio.

No respondieron = 2

Dr. Pérez me parecieron excelente como orientadores. Permitió compartir experiencias y sumar criterios razonables en los grupos de discusiones. Los guías de grupo como la gran calidad técnica. También agradables. (Muy buena organización). Después entusiasmo, conferencias de comunidad, etc. de diferentes niveles.

Porque en grupos relativamente pequeños es más fácil ponerse de acuerdo, me gustó el que habían representantes de salubridad, etc. de diferentes niveles.

Los contenidos técnicos entregados en las conferencias consistieron en un buen marco de referencia para introducir el análisis en los grupos de trabajo, de allí que fue útil la metodología utilizada, que permitió, con tiempos adecuados, cubrir los dos momentos: conocer, reflexionar y concluir. La forma de interacción de los grupos también ayudó al progreso de un estudio de la problemática, desde una perspectiva integradora de todas las variables psico-sociales vivenciales.

Porque la discusión en grupo, permite un excelente aporte de cada uno de los participantes. La formación del consenso por un par de representantes del grupo la encuentro acertada.

Hubo participación adecuada de las diferentes personas, con algún aporte y buen intercambio de experiencias.

Es una metodología actual y adecuada a los objetivos planteados. Permite el intercambio de ideas y el conocimiento de otras experiencias.

Porque el hecho de compartir contenidos con trabajos de discusión en un grupo heterogéneo, permite compartir en forma óptima experiencias y proyecciones.

Los trabajos de grupo son enriquecedores, por el intercambio de experiencias de cada uno de los participantes.

Por la participación activa de profesionales de todo nivel y de especialistas de calidad.

Alternar exposición y reunión de grupo con profesionales de conocimientos y experiencias diferentes junto con profundizar enriqueció el diálogo.

Permite la participación activa de los miembros del grupo de salud aportando sus experiencias, así como de adolescentes que nos muestran sus principales problemas.

Se estableció un diálogo franco y enriquecedor.

3) En términos generales, Ud. calificaría la organización del Simposio como :

Excelente = 28 respuestas

- No hubo errores notorios, la atención fue óptima y muy agradable, fueron bajo un cierto orden muy puntuales.  
Sobrio y más brevemente les puedo decir : ¡Felicitaciones. ¡ Se pasaron. ¡ Estupendo. Gracias.
- Porque se consideraron todos los aspectos necesarios para la funcionalidad, claridad, comodidad, coordinación, etc.. Como ejemplo, entre otros, agilidad en la inscripción y entrega de carpetas, preocupación de las personas de la Comisión en preguntar posibles problemas, etc..
- Porque se consideró todos los aspectos para una estadía cómoda, y en cuanto al Simposio mismo, se contó con la participación de excelentes profesionales, los métodos audiovisuales mismos para complementar cada charla. Agilidad en las inscripciones, y buen cumplimiento del horario programado.
- Se destaca la preocupación por el bienestar del asistente. El recurso humano calificado en las exposiciones y la calidad de éstas. La distribución de los participantes en los grupos. (Multiprofesional)
- Permitted utilizar nuestro tiempo al máximo y la participación de conferencistas quienes a través de conversaciones (en el café y tiempo libre) nos permitió ampliar conocimientos.
- Se desarrollaron en un ambiente adecuado, con gran riqueza de contenidos.
- Las actividades se desarrollaron sin dificultades. Siempre había personal de la Comisión Organizadora, atentos a solucionar las dificultades.
- Todo ha salido a la perfección hemos sentido muy bien tratadas con fluidez en todos los trámites burocráticos, excelente secretarías. Buenos profesores y muy bien escogidos asesores. Enorgullece al Servicio Valparaíso-San Antonio.
- Ha tenido : Seriedad, preocupación de los responsables, calidad, calidez, armonía.
- Participantes profesionales altamente calificados; amenos en su exposición.

3) En términos generales, las actividades de la organización del Simposio  
fueron:

Excelente = 28 respuestas

No hubo errores notorios, la atención fue óptima y muy agradable  
fueron bajo un cierto orden muy puntual.

Sobre y más brevemente los puedo decir: felicitaciones.  
¡ Se pasaron. ¡ Estuendo. Gracias.

Porque se consideraron todos los aspectos necesarios para la  
función, claridad, comodidad, coordinación, etc. Como  
ejemplo, entre otros, agilidad en la inscripción y entrega de  
carpetas, preocupación de las personas de la Comisión en pre-  
guntar posibles problemas, etc.

Porque se consideró todas las acciones para una estadía cómoda  
y en cuanto al Simposio mismo, se contó con la participación  
de excelentes profesionales, los métodos audiovisuales mismos  
para complementar cada charla. Agilidad en las inscripciones,  
y buen cumplimiento del horario programado.

Se destaca la preocupación por el bienestar del asistente. El  
recurso humano calificado en las exposiciones y la calidad de  
éstas. La distribución de los participantes en los grupos.  
(Multi-profesionales)

Permitió utilizar nuestro tiempo al máximo y la participación  
de conocedores quienes a través de conversaciones (en el  
café y tiempo libre) nos permitió ampliar conocimientos.

Se desarrollaron en un ambiente adecuado, con gran riqueza de  
contenidos.

Las actividades se desarrollaron sin dificultades. Siempre ha  
sido personal de la Comisión Organizadora, atento a solucionar  
las dificultades.

Todo ha salido a la perfección hemos sentido muy bien tratados  
con todos los asistentes por su excelente, excelente ser-  
vicio. Buenos profesores y muy bien escudados asistentes.  
Congratulamos al Servicio Valparaíso-San Antonio

En sentido: Seriedad, preocupación de los responsables, cali-  
dad, claridad, armonía.

Participantes profesionales altamente calificados, atención en  
su exposición.

- En primer lugar porque posibilitó el logro de los  
objetivos planteados, casi en su totalidad, la orga-  
nización del evento excelente, hubo expedición en  
el procedimiento de trabajo, material suficiente,  
relatores de muy buen nivel y, principalmente, por-  
que mostraron experiencias de su quehacer diario  
sistematizados. Además, hubo una representación  
cuantitativa similar de los distintos profesionales  
vinculados al problema, lo que dió un carácter de  
interdisciplinario a los grupos de trabajo. Muchas  
gracias por la oportunidad de participar en el en-  
cuentro.

- Por la calidad de los conferencistas y por el hecho  
de hacer participar a los asistentes en trabajos de  
grupos.

- La organización ha sido extraordinaria en todos los  
aspectos tanto científicos como prácticos y de infra-  
estructura.

- Previo todo detalle = se cumplieron horario, calidad  
de los expositores.

- Permitió integrar a los adolescentes y compartir ex-  
periencias con profesionales de trayectoria y dedica-  
ción al adolescente.

Muy Buena = 17 respuestas

- Se cumplió con el programa en su totalidad, lugar  
adecuado, no hubo pérdida de tiempo innecesario.

- Por su organización, sus docentes.

- En general se respetan los horarios; hay información  
bastante clara de lo que se debe hacer en cada momen-  
to.

- Porque se está tomando conciencia sobre un grupo de  
nuestra población que debe ser considerado de riesgo.  
Gracias.

- Porque fue un evento dinámico, muy bueno para traba-  
jar y lograr conocimientos, experiencias y nuevos  
conocimientos.

- No fue excelente porque no se explicó el principio  
lo que se quería obtener de cada guía de discusión  
y recién ayer se tuvo que redactar lo de dos días  
terriblemente pesados y con mucho contenido.

- Buena coordinación, puntualidad, y además claridad en la información.
- No quise poner excelente porque considero que deberían haber invitado más adolescentes para que ellos nos hubieran ayudado o apoyado con las cosas que nosotros vemos irregularmente en Consultorios, hospitales, etc..  
Me gustó mucho la organización del Simposio mismo, no hubo fallas estuvo todo muy bueno, i excelente, los felicito, ha sido todo un éxito.

Buena = 6 respuestas

- La coordinación de las diferentes actividades es muy buena. Un excelente sistema me parece hacer logros de grupo mezclados con conferencias.
- Se cumplieron los horarios, buena información y material entregado a los participantes, buena la relación de temas entregada por los conferencistas.

4) En breve síntesis, indique que utilidad práctica le asigna a este Simposio?

- El conocer la verdadera realidad del adolescente en nuestra región y planificar una programación específica para ese grupo que sea multisectorial y específico.
- Conocer diferentes experiencias. Resumir en conclusiones de grupo los problemas más importantes de resolver rápidamente. Conocer aspectos puntuales mediante los conferencistas. Contactarse con gente de diferentes partes del país que trabajen con adolescentes.
- Orientación profesional atención primaria. Coordinación con otros niveles para enfoque problemático común. (deficiente)  
Coordinación con el mismo nivel en que trabajo. (bueno)
- Conocer de la adolescencia. Tomar conciencia del abandono en salud en que se encuentra el adolescente. Supongo y creo que la utilidad del Simposio va a ser confeccionar un programa de salud integral del adolescente en atención primaria, de lo contrario sería haber predicado en el desierto.

- Actitud más positiva hacia la atención del adolescente. (preferencial y especializada)
- Da la posibilidad de crear un plan piloto y quizás nacional de atención del adolescente, contando con la presencia de gente del Ministerio de Salud.
- Que si se logra la producción del manual será de excelente ayuda para el personal DAP que atiende a este grupo etario.
- Que si se hacen las conclusiones a nivel superior es de esperar una reacción positiva de las autoridades de salud.
- La obtención de un "Manual" que indique que hacer cuando un adolescente consulte en el nivel primario.
- El hacer sentir los problemas que tiene el nivel primario frente a un programa tan importante que prácticamente no existe.
- Establecer la necesidad de un programa especial para este grupo.
- Dar a conocer el trabajo a veces desconocido de los Consultorios de Atención Primaria.
- Unificar criterios frente al adolescente.
- Atender mejor al adolescente tanto en la parte física y psicológica, conocer las necesidades básicas de la medicina general, llegar a un manual práctico para integrar mejor al adolescente frente al mundo en que lo rodea, tanto en su salud, familia, escuelas liceos y en lo profesional, en general toda su vida.
- Mayor preparación del equipo de salud para abordar el problema en forma conjunta.
- Conocer otros sectores que están preocupados del problema y su metodología para la orientación del mismo.
- Permitirá a los miembros del personal de salud extender la atención primaria hacia el adolescente, entregando a otros profesionales (profesores, etc.) A su vez profundizar nuestros conocimientos acerca del adolescente, probablemente con la aplicación práctica de lo que se ha expuesto en este Seminario.

- Buena coordinación, puntualidad y buena claridad en la información.
- No quisiera poner excelencia porque considero que debe irán haber invitado más adolescentes para que ellos nos hubieran ayudado o apoyado con las cosas que nosotros vemos irrefragablemente en Consultorios, hospitales, etc.
- Me gustó mucho la organización del Seminario mismo, no hubo fallas estuvo todo muy bueno, excelente, los felicitó, ha sido todo un éxito.
- Buena a respuestas
- La coordinación de las diferentes actividades es muy buena: Un excelente sistema me parece hacer logros de grupo mezclados con conferencias.
- Se cumplieron los horarios, buena información y material entregado a los participantes, buena participación de temas entregada por los conferencistas.
- 4) En breve síntesis, indique que utilidad práctica le da a este Seminario?
- El conocer la verdadera realidad del adolescente en nuestra región y plantear una programación específica para ese grupo que sea multifactorial y específica.
- Conocer diferentes experiencias. Resumir en conclusiones de grupo los problemas más importantes de resolver rápidamente. Conocer aspectos puntuales mediante los conferencistas. Contactar con gente de diferentes partes del país que trabajan con adolescentes.
- Orientación profesional atención primaria. Coordinación con otros niveles para entonar propio marco común (deficiente). Coordinación con el mismo nivel en que trabajo. (bueno)
- Conocer de la adolescencia. Tomar conciencia del abandono en salud en que se encuentra el adolescente. Supeño y creo que la utilidad del Seminario va a ser contactar un programa de salud integral del adolescente en atención primaria, de lo contrario sería haber predicado en el desierto.

- Actitud más positiva hacia la atención del adolescente (preferencia y especialización)
- De la posibilidad de crear un plan piloto y difundir la atención del adolescente, contando con la presencia de gente del Ministerio de Salud.
- Que si se logra la producción del manual será de excelente ayuda para el personal OAP que atiende a este grupo etario.
- Que si se hacen las conclusiones a nivel superior es de esperar una reacción positiva de las autoridades de salud.
- La obtención de un "Manual" que indique que hacer cuando un adolescente consulta en el nivel primario.
- El hacer sentir los problemas que tiene el nivel primario frente a un programa tan importante que prácticamente no existe.
- Establecer la necesidad de un programa especial para este grupo.
- Dar a conocer el trabajo a veces desconectado de los Consultorios de Atención Primaria.
- Unificar criterios frente al adolescente.
- Atender mejor al adolescente tanto en la parte física y psicológica, conocer las necesidades básicas de la medicina general, llegar a un manual práctico para trabajar mejor al adolescente tanto en el mundo en que vive, tanto en su salud, familia, escuela, barrio y en lo profesional, en general con su vida.
- Mayor preparación del equipo de salud para abordar el problema en forma conjunta.
- Conocer otros sectores que están preocupados del problema y su metodología para la orientación del mismo.
- Permitir a los miembros del personal de salud extender la atención primaria hacia el adolescente, entregando a otros profesionales (profesores, etc.) A su vez profundizar nuestros conocimientos acerca del adolescente, especialmente con la aplicación práctica de lo que se ha expuesto en este Seminario.

- Conocer que se hace y con que se cuenta para atender la problemática del adolescente.
- Despertar conciencia entre los profesionales de nivel primario de la necesidad de atención del adolescente en todos sus aspectos. Orientar a dichos profesionales para adecuar la atención a este sector poblacional.
- Se ve que hay inquietud, preocupación y deseo de solucionar el problema del adolescente, tanto a nivel primario, como de Dirección de Servicios, universidades y Ministerio de Salud y pienso que con este Simposio se logrará el objetivo.
- Conocimiento de las autoridades acerca del verdadero problema de salud del adolescente y, por ende, la planificación de programas a sub-programas que tiendan a mejorar el problema.  
Hacer tomar conciencia de que si lo que se hace es lo que debiera hacer.
- Crear conciencia de la existencia de una problemática de riesgo relevante, que requiere de un diagnóstico global y específico.
- Conocimiento de una realidad en una población que emerge como un objeto importantes del quehacer de salud y que integra para su solución otros sectores comunitarios.
- Hacer una revisión de la problemática que gravita sobre el adolescente.
- Motivar a autoridades de educación para interesarlos a buscar soluciones a estos problemas.
- El adolescente debe ser "manejado" en el nivel primario, al cual hay que implementar adecuadamente (profesionales plantas físicas - contenidos educativos, programa, etc.)
- Establecer destreza con los recursos existentes alguna atención diferencial a los adolescentes del sector. Horario especial.  
Organizar el trabajo con experiencia en promoción de salud del adolescente acudiendo a los establecimientos de enseñanza secundaria.

5) Mencione cualquier sugerencia o comentario que le parezca importante :

- Atención primaria no debe verse como un ente separado. Sugiero invitar a participar (no solo asistir) a personas de otros niveles de atención regionales (con los cuales uno debería trabajar a mano a mano) u otros organismos importantes especialmente Universidad.
- Separar el Simposio de las Jornadas.  
Mayor participación de los profesionales de atención primaria.  
Traer adolescentes de nuestros Consultorios (estrato social bajo) para relatar sus vivencias y conflictos.
- Procurar que los resultados y conclusiones sacadas en el Simposio en relación a obtener una mejor atención para el adolescente se hagan efectivas en el más corto plazo.
- Ver a nivel ministerial o regional que el programa infantil, se separe del programa del adolescente.
- Investigar el problema adolescente a nivel socio económico bajo.
- Continuar el trabajo de los diferentes Consultorios de Atención Primaria en la investigación de los problemas del adolescente, dándole a estos equipos el tiempo necesario para ello.
- No aspirar a mucho porque no hay dinero (recursos), solo poco a poco, creo yo, sacaremos el objetivo.
- Integrar a un próximo encuentro a profesores ya que creo que sería elemental.
- Posibilitar un evento que permita la organización de un comité que reuna las diversas entidades públicas y privadas que están preocupados de la juventud y que tengan acciones coordinadas para aprovechar al máximo los recursos que hay, utilizando aquellos que son de tipo voluntario.
- Los grupos de profesionales de la salud deben ponerse de acuerdo, en cuales son las prioridades, en cuanto a crear un Manual, que solucione los problemas generales e integrales de la salud del adolescente.

- Me parece altamente productiva la participación activa de adolescentes en los grupos de trabajo, para lograr mejores resultados operacionales a futuro.
  - El Simposio debería organizarse solo y no con otro evento tan importante como las Jornadas, porque los asistentes al Simposio no pudimos asistir a las otras presentaciones de las Jornadas.
  - Mantener una instancia permanente que posibilite el diagnóstico de la problemática integral del adolescente, diseñe alternativas para su tratamiento, sistematice las experiencias, dispersas, de los distintos profesionales y a partir de su evaluación, efectuar un encuentro de estudio que haga posible revisar y poner materia nuevos cursos de acción.
  - Mis observaciones son positivas. Sólo sería cauteloso en la idea de confeccionar un manual, lo que requiere tiempo y dedicación.
  - Salas de trabajo de grupo con mayor posibilidad de trabajo sin interferencia entre los grupos.
  - El continuar a futuro con el III Simposio, que contemple :
    - .Profundizar en los temas expuestos.
    - .Evaluar las experiencias presentadas, en su continuidad.
    - .Seguir considerando la participación del equipo multiprofesional.
  - Felicitar a APROFA por su constante preocupación por el bienestar de la familia, que se oriente a una mejor calidad de vida.
  - La solución debe ser multisectorial y multidisciplinaria, debe contar con "RECURSOS ECONOMICOS", y en él deben trabajar las personas idóneas y quienes tengan lo místico de solucionar este tan complejo y grueso problema.
  - Que se haga extensivo a otras áreas.
  - Que se envíen las conclusiones a los participantes y a las autoridades de salud.
- Mención especial a quienes sugirieron o comentaron que se debe separar el Simposio de las Jornadas.
- Mayor participación de los profesionales de atención primaria.
- Trabaja adolescentes de nuestros Consultorios (estudio social básico) para relatar sus vivencias y conclusiones.
- Procurar que los resultados y conclusiones sacadas en el Simposio se reflejen en la atención para el adolescente se hagan efectivos en el más corto plazo.
- Ver a nivel ministerial o regional que el programa infantil, se separe del programa del adolescente.
- Investigar el problema adolescente a nivel socio-económico bajo.
- Continuar el trabajo de los diferentes Consultorios de Atención Primaria en la investigación de los problemas del adolescente, dándole a estos equipos el tiempo necesario para ello.
- No aspirar a mucho porque no hay dinero (recursos), solo poco a poco, crece ya, sacamos el objetivo.
- Integrar a un próximo encuentro a profesores ya que creo que sería elemental.
- Posibilitar un evento que permita la organización de un comité que reuna las diversas entidades públicas y privadas que están preocupadas de la juventud y que tengan acciones coordinadas para aprovechar al máximo los recursos que hay, utilizando aquellos que son de tipo voluntario.
- Los grupos de profesionales de la salud deben poseer, se de acuerdo, en cuales son las prioridades, en cuanto a crear un Manual, que solucionen los problemas generales e integrales de la salud del adolescente.

- Me parece altamente productiva la participación activa de adolescentes en los grupos de trabajo, para lograr mejores resultados operacionales a futuro.
- El Simposio debería organizarse solo y no con otro evento tan importante como las Jornadas, porque los asistentes al Simposio no pudimos asistir a las otras presentaciones de las Jornadas.
- Mantener una instancia permanente que posibilite el diagnóstico de la problemática integral del adolescente, diseñe alternativas para su tratamiento, sistematice las experiencias, dispersas, de los distintos profesionales y a partir de su evaluación, efectuar un encuentro de estudio que haga posible revisar y poner materia nuevos cursos de acción.
- Mis observaciones son positivas. Sólo sería cauteloso en la idea de confeccionar un manual, lo que requiere tiempo y dedicación.
- Salas de trabajo de grupo con mayor posibilidad de trabajo sin interferencia entre los grupos.
- El continuar a futuro con el III Simposio, que contemple :
  - .Profundizar en los temas expuestos.
  - .Evaluar las experiencias presentadas, en su continuidad.
  - .Seguir considerando la participación del equipo multiprofesional.
- Felicitar a APROFA por su constante preocupación por el bienestar de la familia, que se oriente a una mejor calidad de vida.
- La solución debe ser multisectorial y multidisciplinaria, debe contar con "RECURSOS ECONOMICOS", y en él deben trabajar las personas idóneas y quienes tengan lo místico de solucionar este tan complejo y grueso problema.
- Que se haga extensivo a otras áreas.
- Que se envíen las conclusiones a los participantes y a las autoridades de salud.

CONSULTARIO DE CONCLUSIONES

TRABAJO DE GRUPO N° 1

Diagnóstico de la situación y de la atención de salud (en salud) adolescente.

1. ¿Cuáles son las dificultades o limitaciones enfrentadas el equipo de salud del nivel primario en la atención de adolescentes?

- Diagnóstico parcial de la población adolescente que asiste espontáneamente por consulta de morbilidad.
- Falta de un espacio específico para este grupo etario, dado que en el consultorio dividido en el programa infantil y de adultos, el grupo que requiere atención de acuerdo a sus características propias.
- Falta de una infraestructura adecuada que permita la atención oportuna, eficiente y personalizada de adolescentes.
- Falta de recurso humano con perfeccionamiento en atención de adolescentes.
- Falta de apoyo del nivel secundario de atención.

CONCLUSIONES DEL SIMPOSIO

1. ¿Cómo percibe el adolescente la atención de salud en el nivel primario?

- Desempeño de beneficios, prestaciones y horarios de atención a nivel primario.
- Debido a la falta de tiempo que tiene el profesional para atender, el adolescente, este percibe:
  - Falta de interés por brindar los servicios.
  - Escasa privacidad.
  - Atención no personalizada (atención masiva con un costo de 6 por hora).

2. ¿Cuáles son los problemas de salud de adolescentes que consultan al nivel primario de atención?

Las enfermedades más frecuentes que motivan consultas en el adolescente son:

Me parece altamente productiva la participación activa de adolescentes en los grupos de trabajo, para lograr mejores resultados operacionales a futuro.

El Simposio debería organizarse solo y no con otro evento tan importante como las jornadas, porque los asistentes al Simposio no pudimos realizar las otras presentaciones de las jornadas.

Mantener una instancia permanente que permita el diagnóstico de la problemática integral del adolescente; diseñar alternativas para su tratamiento, siguiendo las experiencias, diseminadas, de los distintos profesionales y a partir de su evaluación, realizar un encuentro de estudio que haga posible evaluar y poner materia nuevos cursos de acción.

Las observaciones son positivas. Sólo sería conveniente una idea de cómo desarrollar un manual, que permita regular tiempo y dedicación.

Salas de trabajo de grupo con mayor posibilidad de trabajo sin interferencia entre los grupos.

El continuar a futuro con el III Simposio, que permita profundizar en los temas expuestos. Evaluar las experiencias presentadas, en su continuidad. Seguir considerando la participación del equipo multidisciplinario.

Felicitar a APROFA por su constante preocupación por el bienestar de la familia, que se refleja a una mejor calidad de vida.

La solución debe ser multidisciplinaria y multidisciplinaria, debe contar con "RECURSOS COMPLEMENTARIOS". Se deben trabajar las personas líderes y líderes, en el mismo sentido de solucionar este problema. Y grupo problema.

Que se siga extendiendo otros temas.

Que se envíen las conclusiones a los participantes y a las autoridades de salud.

CONSOLIDADO DE CONCLUSIONES

TRABAJO DE GRUPO N° 1

Diagnóstico de la situación y de la atención de salud del adolescente.

1. *¿Qué dificultades o limitaciones enfrenta el equipo de salud del nivel primario en la atención de adolescentes?*
  - Diagnóstico parcial de la población adolescente que asiste espontáneamente por consulta de morbilidad.
  - Falta de un programa específico para este grupo etario, dado que en la actualidad se encuentra dividido en el programa infantil y del adulto y este es un grupo que requiere atención de acuerdo a sus características propias.
  - Falta de una infraestructura adecuada que permita la atención expedita eficiente y personalizada del adolescente.
  - Falta de recurso humano con perfeccionamiento en atención de adolescentes.
  - Falta de apoyo del nivel secundario de atención.
2. *¿Cómo percibe el adolescente la atención de salud en el nivel primario?*
  - Desconocimiento de beneficios, prestaciones y horarios de atención a nivel primario.
  - Debido a la falta de tiempo que tiene el profesional para atender, el adolescente, éste percibe :
    - . Falta de interés en los problemas que plantea.
    - . Escasa privacidad.
    - . Atención despersonalizada del profesional debido a la gran demanda asistencial (rendimiento de 6 por hora).
3. *¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes que motivan consulta de adolescentes en el nivel primario de atención?*

Las enfermedades más frecuentes que motivan consultas en el adolescente son :

CONSEJO DE CONSULTORES

TRABAJO DE GRUPO N. 1

Diagnóstico de la situación y de la atención de salud del adolescente.

- Diagnóstico parcial de la población adolescente que asiste espontáneamente por consulta de morbilidad.
  - Falta de un programa específico para este grupo etario, dado que en la actualidad se encuentra dividido en el programa infantil y este es un grupo que requiere atención de acuerdo a sus características propias.
  - Falta de una infraestructura adecuada que permita la atención específica eficiente y personalizada del adolescente.
  - Falta de recurso humano con perfeccionamiento en atención de adolescentes.
  - Falta de apoyo del nivel secundario de atención.
- ¿Cómo percibe el adolescente la atención de salud en el nivel primario?
- Desconocimiento de beneficios, prestaciones y horarios de atención a nivel primario.
  - Debido a la falta de tiempo que tiene el profesional para atender al adolescente, éste percibe:
  - Falta de interés en los problemas que plantea.
  - Escasa privacidad.
  - Atención despersonalizada del profesional debido a la gran demanda asistencial (rendimiento de 6 por hora).
- ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes que motivan consultas de adolescentes en el nivel primario de atención?
- Las enfermedades más frecuentes que motivan consultas en el adolescente son:

- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades mentales y nerviosas
- Enfermedades piel y celular
- Enfermedades digestivas

Existe un número considerable de los adolescentes que consultan, de los cuales no se hace un diagnóstico psicosocial.

En relación al alto porcentaje de los adolescentes que no consultan, se ignora el por qué no lo hacen y por ende su problemática de salud.

4. ¿Qué dificultades enfrentó el equipo de Consultorio para definir y cuantificar la estructura de consulta de adolescentes en el nivel primario de atención? Sugiera recomendaciones para optimizar el registro de esta información.

Cabe destacar que la revisión de 19.164 fichas de Consultorios nos permitió conocer el diagnóstico parcial de la población de 12 a 20 años que solamente concurren espontáneamente al Consultorio ya que desconocemos el volumen total de población y su situación de salud.

La principal dificultad encontrada fué el registro insuficiente de la información originada por múltiples causas.

Se sugiere :

- Utilización de una ficha única a través del tiempo desde el período de recién nacido.
- Registro claro, suficiente que incluya anamnesis.
- Examen físico-diagnóstico e indicaciones.
- Menor rendimiento. Asignar un mayor tiempo de dedicación a la atención de este grupo etario (rendimiento aproximado de 2 por hora).

- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades mentales y nerviosas
- Enfermedades piel y cutáneas
- Enfermedades digestivas

Existe un número considerable de los adolescentes que consultan de los cuales no se hace un diagnóstico preciso.

En relación al alto porcentaje de los adolescentes que consultan, se ignora el por qué no lo hacen y por ende su problema de salud.

Que al encontrarse en el grupo de Consultorio más de 10 años y cuando la encuesta de adolescentes en el primer trimestre de atención sugiere recomendaciones para que se registre esta información.

Cabe destacar que la revisión de 1974 de fichas de Consultorio nos permitió conocer el diagnóstico parcial de las patologías de 15 a 20 años que solamente concurren esporádicamente al Consultorio ya que desconocemos el volumen total de población y su situación de salud.

La principal dificultad encontrada fue el registro fehaciente de la información originada por múltiples causas.

Se sugiere:

- Utilización de una ficha única a través del tiempo desde el período de recién nacido.
- Registro claro, suficiente que incluya anamnesis.
- Examen físico-diagnóstico e indicadores.
- Mayor rendimiento. Atender un mayor tiempo de dedicación a la atención en este grupo etario (rendimiento aproximado de 2 personas).

TRABAJO DE GRUPO N° 2

Proposiciones para la atención y prevención de los problemas de salud del adolescente.

1. *¿Qué relación se podría establecer entre los problemas de salud de los adolescentes y la situación de salud en la infancia?*

- Existe un crecimiento continuo del individuo por lo tanto, en todas las áreas de expresión, la problemática del adolescente sería consecuencia de su situación de salud en la infancia, variada por los cambios psicoendocrinológicos de la pubertad enmarcado en el contexto socio cultural correspondiente.

a) Problemas de infancia que influyen en la adolescencia :

- ej. : - deprivación afectiva y cultural
- mal nutrición
- enfermedades crónicas
- trastornos neuropsiquiátricos

b) Problemas de adolescentes que influyen en el infante.

- hijo no deseado
- ambiente familiar y modelos culturales inadecuados
- alcohol y drogadicción
- trastornos psiquiátricos
- mal nutrición

c) Relaciones entre problemas de salud de infante y adolescentes.

Ambos constituyen :

- Riesgo biológico por aumento de velocidad de crecimiento
- inmadurez afectiva
- la patología aguda en ambos grupos es similar

2. *¿Qué recomendaciones prácticas puede hacer el grupo para mejorar la calidad de la atención de salud de adolescentes en el nivel primario?*

- Diagnóstico situacional.
- Confección de un programa específico de atención de adolescentes con implementación adecuada.
- Perfeccionamiento del equipo de salud y educación a profesores padres y comunidad.
- Reorganizar la atención de los consultorios y mejorar la capacitación de los adolescentes.
- Coordinación con organizaciones básicas de la comunidad.
- Agilizar el funcionamiento de la comisión mixta Salud-Educación.
- Capacitar líderes naturales dentro del grupo adolescente.

3. *¿Qué fines debería perseguir un "Manual" para uso de los profesionales que atienden adolescentes en el nivel primario de salud?*

FINES :

- Orientar al equipo de salud en la atención del adolescente.
- Establecer normas de atención.

4. *¿Qué contenidos debería incluir un Manual de este tipo?*

A. Definir el grupo y sus características :

1. Biológico : a) Crecimiento y desarrollo (tablas antropométricas, etc.)  
b) Maduración (hormonal)
2. Psicológica (características específicas)
3. Social (factores riesgos)

B. Descripción de la morbilidad biopsicosocial con sus normas de prevención, tratamiento y/o referencia.

5. *Comparta su experiencia de trabajo con adolescentes y relaciónela con los problemas de salud detectados.*

Atención de la embarazada adolescente a través de un equipo multidisciplinario por medio de consulta maternal, consulta social, educación de grupo, pesquisa precoz de la embarazada a través de la visita domiciliaria y su derivación a Consultorio Adolescente. Cabe destacar que hay diferentes experiencias con respecto a este trabajo en los distintos consultorios de Atención

- 1. ¿Qué recomendaciones prácticas puede hacer el grupo para mejorar la calidad de la atención de salud de adolescentes en el nivel primario?
- Diagnóstico situacional.
- Contención de un programa específico de atención de adolescentes con implementación adecuada.
- Perfeccionamiento del equipo de salud y educación a través de padres y comunidad.
- Reorganizar la atención de los consultorios y mejorar la capacitación de los adolescentes.
- Coordinación con organizaciones básicas de la comunidad.
- Agilizar el funcionamiento de la Comisión Mixta Salud-Educación.
- Capacitar líderes naturales dentro del grupo adolescente.
- 2. ¿Qué líneas debería perseguir un "Manual" para uso de los pediatras que atienden adolescentes en el nivel primario de salud?
- FINES :
- Orientar al equipo de salud en la atención del adolescente.
- Establecer normas de atención.
- 4. ¿Qué contenidos debería incluir un Manual de este tipo?
- A. Definir el grupo y sus características :
  1. Biológico : a) Crecimiento y desarrollo (tablas antropométricas, etc.)
  - b) Maduración (hormonal)
  2. Psicológica (características específicas)
  3. Social (factores riesgos)
- B. Descripción de la morbimortalidad psicosocial con sus normas de prevención, tratamiento y/o referencia.
- 3. Comparar su experiencia de trabajo con adolescentes y relacionarla con los problemas de salud detectados.
- Atención de la embarazada adolescente a través de un equipo multidisciplinario por medio de consultas maternas, consultas sociales, educación de grupo, visitas previas de la embarazada a través de la visita domiciliar y su derivación al Consultorio Adolescentes. Cabe destacar que hay diferentes experiencias con respecto a este trabajo en los distintos consultorios de Atención

Primaria aún cuando los recursos son los mismos del programa infantil. Dichos equipos han trabajado motivados por el alto interés a nivel personal.

Consultorio Plaza Justicia y otros consultorios han trabajado con la Comisión Mixta Salud Educación, capacitando al profesorado mediante cursos programados para detección de algunos problemas de sarna, pediculosis, disminución agudeza visual, audición, ortopedia y su derivación oportuna al primer nivel.

Consultorio Reina Isabel : Trabajó en dos escuelas de su comunidad con alumnos, padres y profesores en Educación sexual con buenos resultados, en especial los que realizaron en el Consultorio.

Esto los llevó a trabajar con embarazadas adolescentes en dos grupos, a lo que además asiste su pareja, se realizan en el consultorio y entidades como CONIN; trabajo hecho en coordinación CONSULTORIO - APROFA.

Consultorio Placilla : Desde hace tres años se trabaja en Escuela de Placilla con alumnos en Educación Sexual, derivados de las consultas recibidas en el control de salud, lo que motivó la creación de dos diapofilm para trabajar en pre-escolar y escolar.

De esto surgió el trabajo con grupos de madres de preescolar, madres de adolescentes y adolescentes, basándose en el diálogo y en la comunicación.

Consultorio de Adolescente : La embarazada es tratada y orientada por un equipo multidisciplinario.

Consultorio Rodelillo - Barón : A través de la Medicina Familiar se logra ayudar al adolescente y conocer los problemas de la familia.

Experiencia relacionada con los pre CAD en los cuales hay aporte de la comunidad y del Servicio de Salud.

C O N C L U S I O N :

El equipo se prepara, trabaja con el adolescente y su familia se va enriqueciendo, además va lentamente transformando su comunidad en forma preventiva.

A pesar de la falta de medios, se han realizado experiencias que podrían ser más fructíferas si se contaran con los recursos adecuados y un programa para la atención de la adolescente.

Experiencia enriquecedora que nos invita a seguir adelante, ya que la respuesta de la comunidad es a veces de lo que nosotros podemos esperar, conciliando las necesidades que dicha comunidad tiene, con lo que los profesionales de la salud en atención primaria puede entregar.

OPINION DE LOS ADOLESCENTES INVITADOS.

(transcripción de la cinta magnetofónica de su representante, Sr. Pedro Cisternas).

Muy buenas tardes. Primero quisiera presentar a mis compañeras. Ellas son cuatro damas: Srta. Pamela Rojas que es la Presidenta del Centro de Alumnas del Colegio San Pedro Nolasco de Valparaiso y va en 4º año medio, tiene 18 años. La Srta. Mariela Arias, es alumna de 2º año de Pedagogía en Biología, tiene 19 años. Srta. Paola Segura, Secretaria del Centro de Alumnas del Liceo N° 1 de Valparaiso, tiene 16 años y la Srta. Sandra Cagliari, que también tiene 16 años va en 3er. año medio y es Presidente del Centro de Alumnas del Liceo N° 1 de Valparaíso.

3. OPINION DE LOS ADOLESCENTES INVITADOS.

Ahora voy a poner el parche antes de la herida. Es bien difícil dirigirse a uno, porque debo decirles la experiencia general del grupo. Vamos a dar la impresión global, no voy a especificar la experiencia de cada uno, una vez que voy a introducir a los chicos a la experiencia.

Lo que queremos hacer es dar nuestra impresión referida...

Primaria aún cuando los recursos son los mismos del programa familiar. Dichos equipos han trabajado motivados por el alto interés a nivel personal.

Consultorio Plaza Justicia y otros consultorios han trabajado con la Comisión Mixta Salud Educación, capacitando al profesorado mediante cursos programados para detección de algunas problemáticas de salud, pediatría, dermatología, odontología, audición, ortopedia y su derivación oportuna al primer nivel.

Consultorio Reina Isabel: Trabajo en dos escuelas de su comuna con alumnos, padres y profesores en Educación Sexual con buenos resultados, en especial los que realizaron en el Consultorio.

Esto nos llevó a trabajar con embarazadas adolescentes en dos grupos, a lo que además se suma, se realizan en el consultorio y entidades como COMIN; trabajo hecho en coordinación CONSUMTARIO - AROFA.

Consultorio Píctica: Desde hace tres años se trabaja en Escuelas de Píctica con alumnos en Educación Sexual, derivados de las consultas recibidas en el control de salud, lo que motivó la creación de dos equipos para trabajar en pre-escuelas y escuelas.

De este surtido el trabajo con grupos de madres de preescolar, madres de adolescentes y adolescentes, basándose en el diálogo y en la comunicación.

Consultorio de Adolescente: La embarazada es tratada y orientada de por un equipo multidisciplinario.

Consultorio Rodolfo - Barón: A través de la Medicina Familiar se logra ayudar al adolescente y conocer los problemas de la familia.

Experiencia referenciada con los pro CAD en los cuales hay aporte de la comunidad y del servicio de salud.

C O N C L U S I O N :

El equipo se prepara, trabaja con el adolescente y su familia se va fortaleciendo, además va intensamente transformando su comunidad en forma preventiva.

A pesar de la falta de medios, se han realizado experiencias que pueden ser más fructíferas si se cuentan con los recursos adecuados y un programa para la atención de los adolescentes.

Experiencia enriquecedora que nos invita a seguir adelante, ya que la respuesta de la comunidad es a veces de lo que nosotros podemos esperar, conciliando las necesidades que dicha comunidad tiene, con lo que los profesionales de la salud en atención primaria puede entregar.

OPINION DE LOS ADOLESCENTES INVITADOS.

(transcripción fiel de la cinta magnetofónica de su representante, Sr. Pedro Cisternas).

Muy buenos días. Primero que nada es muy difícil para mi representar a mis compañeras, porque se cae siempre en un error cual es tipificar al adolescente como un modelo, un tipo único y no es así. La adolescencia es una etapa y dentro de esa etapa hay diferentes grupos, que lógicamente llevan un patrón de conducta más o menos normal, pero no siempre es exactamente igual. Creo que ese concepto habría que cambiar. Dentro de esta información por supuesto que caemos todos nosotros que pertenecemos a grupos distintos, por lo tanto, enfrentamos situaciones que no siempre son muy similares.

Antes de decir cualquier cosa, quisiera presentar a mis compañeras. Ellas son cuatro damas : Srta. Pamela Rojas que es la Presidenta del Centro de Alumnas del Colegio San Pedro Nolasco de Valparaíso y va en 4° año medio, tiene 18 años. La Srta. Marianela Arias, es alumna de 2° año de Pedagogía en Biología, tiene 19 años. Srta. Paola Segura, Secretaria del Centro de Alumnas del Liceo N° 1 de Valparaíso, tiene 16 años y la Srta. Sandra Caglieri, que también tiene 16 años va en 3er. año medio y es Presidenta del Centro de Alumnas del Liceo N° 1 de Niñas.

Ahora voy a ponerme el parche antes de la herida. Es bien difícil dirigirme a Uds. porque debo decirles la experiencia general del grupo, de los cinco. Vamos a dar la impresión global, no vamos a especificar la experiencia de cada uno, por eso es que siempre me voy a incluir dentro de lo que estoy diciendo, voy a decir nosotros.

Lo que queremos hacer es dar nuestra impresión refe-

rente a antes del Simposio mismo, qué impresión teníamos, el desarrollo de él, lo que ocurrió y realmente si los objetivos que nosotros teníamos para nuestra conducta fueron cumplidos y si los objetivos que pensábamos que tiene el Simposio realmente son cumplidos.

Dentro de la información que teníamos del evento no hay una situación homogénea. Algunos nos sentíamos totalmente familiarizados con el evento porque recibimos una información completa, incluso sabíamos algunos quiénes iban a ser los participantes y los conocíamos; otros sin embargo nos sentíamos totalmente desinformados y es más, creíamos y en esto vamos a ser bien honestos, que el evento era un tanto mediocre, Bueno, por supuesto era producto de la mala información. Eso fué referente al conocimiento previo que nosotros teníamos.

Al llegar el día Jueves acá a las 8 y media, por supuesto que nos llevamos una impresión que para algunos nos resultó muy similar a lo que pensábamos y para otros algo totalmente distinto. Por supuesto, que la impresión que recibimos en primera instancia influyó directamente sobre nuestra predisposición al trabajo que deberíamos desarrollar. En algunos, la impresión fué totalmente grata, yo diría en general. Fué por la organización, tanto los que pensaban que iba a ser así, como los que no pensaban que iba a ser así. Nos sorprendió la organización. El momento de la repartición de material, ver las personalidades que estaban acá, la cultura de ellas, vernos nosotros al lado de tanto profesional tan capacitado, realmente nos halagó, nos sentimos sumamente orgullosos y por supuesto sentimos un honor por estar aquí representando a toda una masa tan grande como es la adolescencia.

Como les dije, esto nos predispuso a todos a trabajar, a dar lo mejor posible de nosotros mismos, aunque todavía no te-

//..

OPINION DE LOS ADOLESCENTES INVITADOS.

(transcripción fiel de la cinta magnetofónica de su representante, Sr. Pedro Cisneros).

Muy buenos días. Primero que nada es muy difícil para mí representar a mis compañeros, porque se cae siempre en un error cuando se trata de representar al adolescente como un modelo, un tipo único y no es así. La adolescencia es una etapa y dentro de esa etapa hay diferentes grupos, que lógicamente llevan un patrón de conducta más o menos normal, pero no siempre es exactamente igual. Creo que ese concepto habría que cambiar. Dentro de esta información por supuesto que como todos nosotros que pertenecemos a grupos distintos, por lo tanto, enfrentamos situaciones que no siempre son muy similares.

Antes de decir cualquier cosa, quisiera presentar a mis compañeros. Ellos son cuatro damas: Srta. Pamela Rojas que es la Presidenta del Centro de Alumnas del Colegio San Pedro Nolasco de Valparaíso, tiene 18 años. La Srta. Marcela Arías es alumna de 2º año de Pedagogía en Biología, tiene 19 años. Srta. Paz la Seguridad, Secretaria del Centro de Alumnas del Liceo N° 1 de Valparaíso, tiene 16 años y la Srta. Sandra Caglieri, que también tiene 16 años va en 3er. año medio y es Presidenta del Centro de Alumnas del Liceo N° 1 de Niñas.

Ahora voy a ponerle el parche antes de la herida. Es bien difícil dirigirme a ustedes porque debo decirles la experiencia general del grupo, de los cinco. Vamos a dar la impresión global, no voy a especificar la experiencia de cada uno, por eso es que siempre me voy a incluir dentro de lo que estoy diciendo, voy a decir nosotros.

Lo que queremos hacer es dar nuestra impresión refe-

níamos claro qué íbamos a hacer.

Voy a referirme primero al trabajo de grupo. Comenzamos el trabajo. Fué algo unánime, general. Los cinco nos sentimos al comienzo, aparte de la buena impresión, de la buena disposición al trabajo, desorientados, en el trabajo mismo. Desorientados porque nos vimos al lado de tanto profesional culto, bien preparado y nos preguntamos, bueno, y yo alumno de 3º y 4º ¿qué estoy haciendo acá? ¿qué puedo aportar realmente a estos caballeros que saben tanto? ¿qué me pueden aportar ellos a mí? Fué una duda que se nos planteó al principio. Pensamos que iba a ser impedimento, una roca en el camino que no nos iba a permitir avanzar. Afortunadamente no fué así. Con el transcurso del diálogo por así decirlo, este impedimento se fue alejando. Ahora bien, nosotros percibimos sí que en general había, no diré desinformación pero sí no había una conciencia clara, nítida, acerca del trabajo que teníamos que cumplir acá, al menos en el comienzo. O sea, no se sabía por donde empezar. Afortunadamente recibimos el apoyo de un documento que había que analizar y ahí estuvo el primer problema que enfrentamos nosotros, cuando se empezó a trabajar con estadísticas. El período fue distinto pero la situación fué la misma. Mientras se trabajó con estadísticas, nosotros nos sentimos sumamente marginados. ¿Por qué? . Porque es una información que ya está recopilada, donde nosotros sentíamos ausentes de ello, porque eso compete solamente a los profesionales, a la gente entendida : el análisis de los porcentajes, de la estadística, etc. En esos momentos, que en algunos casos fueron amplios, en otros muy cortos períodos, nos sentimos marginados, desorientados. Volvieron las preguntas del comienzo ¿qué estoy haciendo aquí? . Ahora con otro punto de vista, ¿para qué estoy aquí?. No sé si me entienden la diferencia. Pasó esto, haya sido al comienzo o no, no importa. Mientras no se trabajó con estadísticas, nuestra integración al grupo fue positiva, vale decir, cuando se abrió la conversación, cuando se abrió la discusión, nos sentimos partícipes.

//..

... antes del simposio mismo, que impresión teníamos, el desarrollo de él, lo que ocurrió y realmente si los objetivos que nosotros teníamos para nuestra conducta fueron cumplidos y si los objetivos que pensábamos que tiene el simposio realmente son cumplidos.

Dentro de la información que tenemos del evento hay una situación homogénea. Algunos nos sentimos totalmente satisfechos con el evento porque recibimos una información completa, incluso sabíamos algunos quienes iban a ser los participantes y los temas, otros sin embargo nos sentimos totalmente desorientados y es más, creíamos y en esto vamos a ser bien honestos, que el evento era un tanto mediocre. Bueno, por supuesto era producto de la mala información. Eso fue referente al conocimiento previo que nosotros teníamos.

Al llegar el día jueves acá a las 8 y media por supuesto que nos llevamos una impresión que para algunos nos resultó muy similar a lo que pensábamos y para otros algo totalmente distinto. Por supuesto, que la impresión que recibimos en primera instancia tuvo directamente sobre nuestra predisposición al trabajo que debíamos desarrollar. En algunos, la impresión fué totalmente mala, yo diría en general. Fue por la organización, tanto los que pensaban que iba a ser así, como los que no pensaban que iba a ser así. Nos sorprendió la organización. El momento de la repetición de material, varias personalidades que estaban acá, la cultura de ellas, venimos nosotros al lado de tanto profesional tan capacitado, realmente nos halagó, nos sentimos sumamente orgullosos y por supuesto recibimos un honor por estar así representando a toda una masa tan grande como es la adole-

..//

... la conversación, cuando se abrió la discusión, nos sentimos participes  
 nuestra interacción al grupo fue positiva, vale decir, cuando se abrió  
 comienzo o no, no importa. Mientras no se trabajó con estadísticas,  
 aquí. No sé si me entienden la diferencia. Pasó esto, haya sido al  
 voy haciendo aquí. Ahora con otro punto de vista, para que estoy  
 ginas, desorientados. Volvieron las preguntas del comienzo que es-  
 casos fueron amplios, en otros muy cortos períodos, nos sentimos mar-  
 porcentajes, de la estadística, etc. En esos momentos, que en algunos  
 mente a los profesionales, a la gente entendida: el análisis de los  
 da, donde nosotros sentíamos ausentes de ella, porque eso compete sola-  
 ginas. ¿Por qué? Porque es una información que ya está recopilada,  
 tras se trabajó con estadísticas, nosotros nos sentimos sumamente mar-  
 cas. El período fue distinto pero la situación fue la misma. Mien-  
 que enfrentamos nosotros, cuando se empezó a trabajar con estadísti-  
 un documento que había que analizar y ahí estuvo el primer problema  
 no se sabía por donde empezar. Afortunadamente recibimos el apoyo de  
 trabajo que tenemos que cumplir acá, al menos en el comienzo. O sea,  
 formación pero si no había una conciencia clara, nítida, acerca del  
 ahora bien, nosotros percibimos si que en general había, no diré desin-  
 curso del diálogo por así decirlo, este impedimento se fue alejando.  
 nos iba a permitir avanzar. Afortunadamente no fue así. Con el trans-  
 pto. Pensamos que iba a ser impedimento, una roca en el camino que no  
 pueden aportar ellos a mí? Fue una duda que se nos planteó al prácti-  
 puedo aportar realmente a estos captores que saben tanto? Qué me  
 guñamos, bueno, y yo afirmo de 3 y 4 "qué estoy haciendo acá? Qué  
 nos vimos al lado de tanto profesional culto, bien preparado y nos pre-  
 al trabajo, desorientados, en el trabajo mismo. Desorientados porque  
 nos al comienzo, aparte de la buena disposición, de la buena disposición  
 mentamos el trabajo. Fue algo anónimo, general. Los cinco nos senti-  
 Soy a posteriori primero al trabajo de grupo. Co-

porque no necesitábamos una pregunta para intervenir, sino que lo ha-  
 cíamos cuando lo estimábamos convenientes, cuando podíamos acotar algo  
 o por último preguntar algo o decir que pudiera servirle a Uds., lo ha-  
 cíamos. Vale decir, en esos momentos, cuando no se trabajó con núme-  
 ros, no habían barreras de ningún tipo. Nos sentimos integrantes de  
 los grupos, realmente.

Esto es bien importante. En algunos casos, no es  
 global, algunos profesionales, o más bien en algunas discusiones se  
 tendía a mirar - fuera cual fuera el punto que se estaba discutiendo a  
 mirarlo dese un punto de vista muy sectarista, vale decir desde la ex-  
 periencia propia del profesional que estaba hablando y en algunos casos  
 hubo dificultades - al menos así lo percibimos nosotros - de complemen-  
 tar las ideas; porque la idea justamente era compartir experiencias,  
 pero todas llevadas por un mismo camino. No siempre se comprendió es-  
 ta idea por parte de los profesionales. De repente se defendían la ca-  
 miseta. Pensamos que de pronto se olvidaba el objetivo de este Simpo-  
 sio. Después vamos a conversar sobre el objetivo.

También hubo otro factor que ayudó a la marginación  
 que fué esporádico, en forma afortunada: el uso de un lenguaje excesi-  
 vamente técnico. Creo que Uds., algunos se dieron cuenta de eso. Obvia-  
 mente nosotros no somos entendidos en medicina, etc., etc. Al escuchar  
 muchas itis o similares, por supuesto nos perdimos un poco, pero en gene-  
 ral no influyó sobre nuestra participación y nuestro entendimiento. A  
 ratos se caían. Yo lo digo esto para mejorar, por si se vuelve a reite-  
 rar.

Como conclusión de nuestro trabajo en grupo - tanto  
 el primer día como el segundo día - nosotros decimos que nuestra parti-  
 cipación fué satisfactoria. No sé si Uds. opinarán lo mismo, en el sen-  
 tido de si les pudimos aportar algo o no, pero nosotros sentimos que

éramos integrantes y que participamos cuando quisimos participar y que Uds. realmente nos aportaron cuando nosotros quisimos que Uds. nos aportaran algo. Vale decir, hubo un complemento entre Uds. los especialistas en adolescencia y el adolescente que es la parte interesada. Se cumplió ese objetivo, hubo una relación, Estamos satisfechos, terriblemente satisfechos por el desarrollo del trabajo en grupo.

Ahora voy a referirme a las conferencias. Eran un apoyo vital para la discusión del trabajo de grupo. Aquí fué unánime la decisión, totalmente unánime, no hubo ninguna opinión adversa. Las consideramos - voy a usar términos textuales - claras, objetivas, precisas, realistas, generales. También, lamentablemente, de pronto se cayó en el lenguaje excesivamente técnico, pero en contraposición a esto, de pronto se usó un lenguaje que a nosotros nos agradó mucho, totalmente carente de los tabúes sociales. Se dieron cuenta que aquí había gente con criterio totalmente formado, salvo nosotros, y que no era necesario poner la tradicional barrera social de los tabúes de ciertos temas. Para nosotros eso es fundamental porque eso derriba esa barrera social de que esto mejor no lo converso acá, porque puede que se comente. Eso no sucedió. Eso a nosotros nos agradó un montón. El lenguaje técnico no influyó dentro de nuestra comprensión, porque cuando se usaron esas palabras raras, obviamente se referían más que nada a enfermedades. A nosotros no nos interesa como se llame un dolor por aquí, no, nos interesa que me duele por aquí. Las conclusiones generales las entendimos perfectamente, así es que pueden estar tranquilos.

Voy a repetir esto, porque lo considero fundamental. No nos agrada la idea de que se nos tipifique. No somos "el adolescente", no somos todos iguales, algunos lo captaron, otros no. No todos pertenecemos al mismo sector socioeconómico - cultural. No somos iguales. Quizás enfrentemos los mismos problemas, pero no las mismas situaciones, no en las mismas circunstancias y no todos afrontamos esos pro-

blemas igualmente. Además, tenemos que considerar que somos hombres y mujeres. Si a esto le agregamos que pertenecemos a diferentes grupos, el adolescente resulta que se nos diversifica en una forma pero increíble. Eso queremos que lo tengan bien en claro. Cuando hablen de "el adolescente", recuerden que están hablando de un montón de gente que podemos decir que son todos distintos, con normas de conducta similares, pero solo similares.

Podemos decir referente a la imagen del adolescente que se dió en las conferencias, que en forma global, no a las específicas que se dieron de repente, nos sentimos tremendamente identificados. Nuestras conductas sumadas, realmente reflejan el adolescente que se vió acá. En ese sentido Uds. están bien enchufados. También nos agradó algo similar, la imagen que se le dió al padre, y a la relación padre-hijo adolescente. Uds. realmente conocen la situación y nos agradó, porque Uds. no solo nos entienden a nosotros, sino que saben que nosotros también los conocemos a Uds. Los problemas surgen cuando las diferencias son muy grandes y una de las dos partes o ambas no están dispuestas a cooperar, a tratar de mejorar esa diferencia.

Nosotros tuvimos satisfacción por varios aspectos. Uno es por la preocupación de tanto profesional por nuestros problemas, por nosotros. Realmente nos sentimos satisfechos y orgullosos por eso. También nos sentimos orgullosos por ver el intento que se está haciendo, quizás en forma aislada, por mejorar las condiciones actuales, por tratar de llegar al ideal. Nunca se va a llegar pero, tratemos. A esas personas que están haciendo algo por nosotros, debemos decirles que estamos agradecidos con ellos y además sentimos satisfacción por la fé que han demostrado mucho de Uds., por no decir el 100%, en nosotros, la juventud. Nosotros sabemos que el futuro está en vuestras manos y que Uds. nos van a ayudar en gran parte a que ese futuro sea bueno, lo mejor posible. Lo importante es que Uds. tienen fé en nosotros.

Ermos integrantes y que participamos cuando gustamos participar y que Uds. realmente nos aportaron cuando nosotros discutimos que Uds. nos aportan algo. Vale decir, hubo un momento entre Uds. los especialistas las en adolescencia y el adolescente que es la parte interesante. Se cumplió ese objetivo, hubo una relación. Estamos satisfechos, terriblemente satisfechos por el desarrollo del trabajo en grupo.

Ahora voy a referirme a las conferencias. Era un apoyo vital para la discusión del trabajo en grupo. Aquí los amigos la decisión, totalmente unánime, no hubo ninguna opinión adversa. Los consideramos - voy a usar términos técnicos - claros, objetivos, precisos, realistas, generales. También, lamentablemente, de pronto se cayó en el lenguaje excesivamente técnico, pero en contraposición a esto, de pronto se usó un lenguaje que a nosotros nos agrada mucho, totalmente carente de los tópicos sociales. Se dicen cosas que aquí había gente con criterio totalmente formado, salvo nosotros, y que no era necesario poner la tradicional barrera social de los capos de cielo los temas. Para nosotros eso es fundamental porque eso debió ser la parte social de que esto mejor no lo convenga acá, porque puede que se comente. Eso no sucedió. Eso a nosotros nos agrada mucho. El lenguaje técnico no influyó dentro de nuestra comprensión, porque cuando se usaron esas palabras raras, obviamente se referían más que nada a esas ferrederas. A nosotros no nos interesa como se llama un dolor por aquí, no nos interesa que me duela por aquí. Las conclusiones generales las entendimos perfectamente, así es que pueden estar tranquilos.

Voy a repetir esto, porque lo considero fundamental. No nos agrada la idea de que se nos etiquete. No somos "el adolescente", no somos todos iguales, algunos lo captaron, otros no. No todos pertenecemos al mismo sector socioeconómico - cultural. No somos iguales. Quizás enfrentamos los mismos problemas, pero no los mismos situaciones, no en las mismas circunstancias y no todos afrontamos esos pro-

En la medida en que tengan fé en nosotros, nosotros vamos a poder tener fé en nosotros mismos. De eso nos sentimos profundamente orgullosos y satisfechos.

Queremos hacer ahora algunas preguntas. Pero no preguntas que tengan sentido especial o muy filosófico. No. Son preguntas incluso algunas con respuestas muy obvias. No queremos respuestas generales. Queremos que las respuestas se las den Uds. mismos, en forma absolutamente subjetivas. No son difíciles. Por ejemplo : ¿Para qué se invita al adolescente a este evento?, ¿Cuál es el objetivo puntual y específico de este Simposio?. Puede tener muchos objetivos, pero ¿cuál es la meta?, ¿cuál es el fin?. si se llega a alguna conclusión concreta y palpable, que lo importante a corto, mediano o plazo?, ¿qué participación tendrá la opinión del adolescente en la planificación o ejecución de esas conclusiones?. También nos interesa saber de cada uno de Uds. si existe un criterio unificado respecto al adolescente como problema de salud. ¿Vale la pena reforzar los esfuerzos que se hacen actualmente para lograr una mejor atención a este problema?, ¿Nuestro trabajo en este Simposio, se abocó realmente a ello?.

Queremos hacer notar que en estos dos días nos sentimos autobservados. Será un delirio o complejo, no sé, pero presentimos que somos la atención. (PEQUEÑO TROZO INAUDIBLE).

Queremos dejar, no como conclusión pero sí como un hecho muy importante, lo siguiente : ¿Qué influencia podría tener el niño en el adolescente?. Esto es muy importante. Si se trata al niño en forma adecuada, se podrán evitar, obviamente los problemas que sufre el adolescente. Pensamos que se debe también abocar la tarea de Uds., o "nuestra" tarea - suena más bonito ¿cierto? - hacia el chico, a aquel que está recién en vías, en proyecto de ser adolescente, porque ese adolescente está en vías de ser el hombre del mañana, el maduro.

Tenemos que trabajar también con el niño, pero sin dejarlo, comenzar con él e ir junto con él viendo los cambios que tenga, biológicos, psicológicos, como se llaman. Seguirlo. No tomarlo como un ente separado, ahora es un niño, mañana un adolescente, después un adulto. Es un todo que va evolucionando. Tiene que atenderse al niño ahora pero con proyecciones cuando sea adolescente. Alguna consecuencia tendrá de lo que fué en la infancia, tiene que haber una relación. No sé si me entienden la idea. Consideramos esto importante.

No me voy a alargar más porque realmente parece que hoy me hubiera aceitado la lengua. A nombre de todas mis compañeras - me siento muy halagado por representarlas a ellas - porque soy el único representante del sexo débil - es cierto, los hombres tenemos una debilidad que son las mujeres.... Quiero digo, en nombre de ellas y de todos nosotros, agradecer a todos los profesionales que participaron en los grupos, a todos los profesionales que dictaron las conferencias, agradecer el esfuerzo de los organizadores, el esfuerzo de la persona que hizo el trabajo más pesado, hasta el trabajo más insignificante - aunque ningún trabajo es insignificante - nosotros lo apreciamos todo. Estamos tremendamente agradecidos. Ojalá que esto no muera, que se repita. Sería ideal que nos invitaran a los mismos (lo digo en broma). Creemos que es necesario que esto se repita y si es posible, Dios mediante, se invite a más adolescentes. Pensamos que esta oportunidad que hemos tenido nosotros, quizás es un poco injusto que no lo tengan otros. Vamos a tratar de compartir la experiencia con nuestros compañeros de Liceo, pero sabemos que no es lo mismo estar acá que decir yo estuve ahí. Esperamos que lo consideren. Espero que les quede bien grabado, que estamos tremendamente agradecidos. Antes de teminar quiero pedirles a mis compañeras que me ayuden si algo se me olvidó.

//..

Adolescente invitado :

A mí me gustaría que se invitara a profesores porque permanecemos en contacto con ellos, sería una buena forma para que nos vayan conociendo mejor. Repito en nombre de mis compañeros que estamos realmente agradecidos, desde el portero hasta la persona que organizó todo esto.

Continúa Sr. Cisternas : Ofrezco la palabra, para que nos pregunten, nos digan algo, cualquier cosa.

Miembro de la Audiencia :

Yo porque me llegaste al corazón. Pronto participaré en una Mesa Redonda sobre sexualidad del adolescente, es probable Pedro Cisternas que repita tus palabras. Creo que Uds. nos han hecho a nosotros, una caricia positiva, como se dice en análisis transaccional, Uds. han sido un estímulo en nuestro batallar. Uds. han visto las dificultades que hemos tenido que enfrentar. Yo te doy las gracias, Pedro Cisternas, y te voy a pedir que sigas en contacto conmigo, porque otros grupos profesionales, alguien más tiene que escuchar tus palabras, lo que tu has dicho tiene mucho valor para nosotros. Aprovecho de dar las gracias por invitarme a esta experiencia y por traer a este grupo tan impresionante de adolescentes.

Adolescente invitado :

A mí me gustaría que se invitara a profesores por- que permanecemos en contacto con ellos, sería una buena forma para que nos vayan conociendo mejor. Resta en nombre de mis compañeros que es- tamos realmente agradecidos, desde el primer hasta la persona que or- ganizó todo esto.

Continúa Sr. Cisternas : Ofrezco la palabra, para que nos pregunten, nos digan algo, cualquier cosa.

Miembro de la Audiencia :

Yo porque me fijé en el corazón. Pronto partici- paré en una Mesa Redonda sobre sexualidad del adolescente, se pedía Pedro Cisternas que recita sus palabras. Como que él, nos han hecho a nosotros, una carta positiva, como se dice en análisis transac- cional, él, han sido un estímulo en nuestra batalla. Él, han visto las dificultades que hemos tenido que enfrentar. Yo te doy las gracias, Pedro Cisternas, y te voy a pedir que sigas en contacto conmigo, porque otros grupos profesionales, siguen más tiene que escuchar tus palabras, lo que tu has dicho tiene mucho valor para nosotros. Aprovecho de dar las gracias por invitarme a esta experiencia y por traer a este grupo tan impresionante de adolescentes.

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

Dr. Víctor Raúl Cisternas

4. SESION INAUGURAL.

DISCURSO DR. SAUL HORTA P.

Sub. Director Médico Servicio de Salud

Valparaíso San Antonio. Presidente del

Simposio.

Inauguramos hoy, con mucho entusiasmo, las II Jornadas Regionales de Atención Primaria y el II Simposio de Atención Integral del Adolescente.

Las primeras representan la expresión de las actividades de Investigación Operacional de los Profesionales del Nivel Primario de Atención en los Servicios de Salud de la Región y algunos del resto del País. El Simposio, dado su contenido, debemos considerarlo como un trabajo preparatorio para el Año Internacional de la Juventud.

Quiero referirme a los antecedentes del Simposio y de las Jornadas y presentar algunos aspectos de la mecánica del desarrollo de los mismos, a fin de orientar e informar a los distinguidos participantes.

La particular preocupación que para distintos grupos ha significado la dificultad para comprender e interpretar los problemas de los adolescentes con su consecuente falta de claridad para establecer soluciones de los problemas detectados, ha llevado a desarrollar distintas y dispersas iniciativas, en ambos aspectos mencionados, por distintas instituciones oficiales o privadas que no siempre han sido permanentes, o, lo que es peor, con una asombrosa falta de interrelación. Asumimos que el adolescente tampoco ha participado en las deci-

siones que sobre el se han tomado.

Dentro de este marco, emergió la preocupación por el proceso reproductivo de este grupo, cuyas consecuencias han sido enfocadas sobre el impacto que significa para el individuo mismo, no preparado para ello, y para el producto de la concepción, cuyos riesgos son sustancialmente mayores.

En Valparaíso, el 2 de mayo de 1981 inició sus actividades un consultorio de adolescentes embarazadas creado por un acuerdo tripartito del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y la Asociación Chilena de Protección de La Familia. Este consultorio fue objetivado en función de obtener información sobre el embarazo de las adolescentes en nuestro medio, prestar atención multidisciplinaria al grupo, efectuar investigaciones en terreno sobre distintos tópicos del mismo tema, servir de campo clínico a alumnos de la Universidad y delinear acciones para aumentar el espectro de la atención. Se dispuso de Atención Médica, de Matrona, Asistente Social y Psicólogo. Administrativamente se estructuró dentro de la organización de la atención primaria establecida por el Servicio Salud Valparaíso-San Antonio y se ubicó en dependencias de un consultorio periférico de fácil acceso. Su trabajo ha sido mostrado en reuniones, jornadas, congresos y otras tribunas, como las que hoy iniciamos.

Como es sabido, posteriormente se desarrollaron otros consultorios similares en el Area Norte de Santiago y en Antofagasta y tenemos información que se programan en el Area Sur de Santiago y en Concepción.

Las experiencias de estos consultorios fueron discutidas en el I Simposio de Atención Integral del Adolescente, realizado en Viña Del Mar los días 20 y 21 de Noviembre de 1981, donde concurrieron especialistas del más alto nivel de la Universidad, el Ministerio de Salud e Instituciones Privadas. Ahí, el intercambio de ideas, conocimientos y experiencias se delineó por tres canales: la necesidad de continuar acumulando información en categorías de problemas ya identificados, la formalización de las actividades de Atención de Salud del Adolescente en un marco programático y la consiguiente incorporación de contenidos relativos al tema en los programas de enseñanza de pre-grado y actividades de post-grado de las profesiones del Area de La Salud.

La relevancia dentro del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio que tiene la atención primaria y las características de su organismo ejecutor, la Dirección de Atención Primaria serán señaladas, como asimismo, es preciso destacar las I Jornadas Regionales de Atención Primaria de abril de 1982, donde, entre los temas expuestos, se incluyeron problemas de adolescentes.

Por lo tanto, se consideró adecuado establecer que, si se quería obtener información sobre los problemas de salud del adolescente, íntimamente relacionado con su entorno ambiental y familiar, los consultorios generales urbanos o periféricos pudieron constituir una excelente vía para ello por variadas razones: se dispone de una organización centralizada en la Dirección de Atención Primaria; por constituir el punto de contacto primero y principal entre el servicio y la comunidad; por desempeñarse ahí equipos profesionales multidisciplinarios que tienen un amplio conocimiento de los individuos, la fa-

milia y el medio ambiente y que están capacitados y tienen facilidades para desempeñarse en la comunidad, siendo aceptados por ella en forma individual o a través de los grupos organizados, constituyendo una herramienta muy importante los comités mixtos de salud y educación y organismos periféricos como los jardines infantiles, centros de atención diurna, comedores abiertos, etc.

Por lo anteriormente expuesto, se programó como contenido más importante del II Simposio de Atención Integral del Adolescente la discusión y análisis, por grupos seleccionados, de las experiencias vividas por los profesionales mencionados, en relación con el adolescente y se estimó que el mejor auditorio para escuchar las conclusiones de estos análisis deberían ser los profesionales de los consultorios periféricos. Por este motivo se organizó concomitantemente las II Jornadas Regionales de Atención Primaria, de tal modo que las sesiones plenarias del Simposio fuesen comunes con las jornadas.

Los grupos de discusión del Simposio se han enriquecido con la presencia de adolescentes de Valparaíso, con representantes de organizaciones comunitarias que trabajan con adolescentes, con representantes de la Municipalidad y del Sector Educación, dispondrán de la asesoría de los especialistas que participaron en el I Simposio, quienes a su vez tendrán la oportunidad de obtener información de primera fuente sobre tan importante problema.

Se ha querido también contribuir a ampliar el conocimiento de los asistentes al Simposio y las jornadas con conferencias sobre temas que se estimaron trascendentes. Se excluyeron algunos como el Alcoholismo y la salud mental por considerar que dada

su relevancia y extensión deben ser motivo de encuentros especiales. Las conferencias aludidas constituirán el segundo grupo del Simposio y la presentación de contribuciones a las jornadas, en locales debidamente señalizados, constituirán actividades paralelas.

Al finalizar queremos expresar nuestro agradecimiento a las Instituciones que patrocinan las actividades que hoy iniciamos: Ministerio de Salud y la Universidad de Valparaíso por aunar esfuerzos en la obtención del mejor conocimiento del individuo, y su entorno y el planteamiento de soluciones a los problemas detectados; a UNICEF por interpretar nuestras intenciones de que los problemas que comprometen la salud física, mental y social del adolescente deben ser enfocados normativamente y retroproyectados en la prevención al ámbito de la vida infantil, lo que se concretará en un manual de atención de salud del adolescente.

A la Asociación Chilena de Protección de la Familia por el entusiasmo con que ha acogido la iniciativa y la cooperación logística y material indispensable.

A los distinguidos profesionales y especialistas que, con sustracción a su trabajo han concurrido a prestar ayuda a los profesionales de la atención primaria.

A los representantes de las organizaciones municipales, profesores e instituciones privadas, como asimismo a los jóvenes que nos acompañan, que representan un importante paso para integrar esfuerzos para logros comunes.

Por último, no podemos dejar de señalar la buena acogida y la colaboración prestada por la administración del

Centro Español de Valparaíso para que en estos hermosos e históricos  
apoyos podamos reunirnos con propósitos tan nobles y elevados.

Queremos que este Simposio, crisol del esfuer-  
zo de muchas personas, contribuya a diseñar un sistema de atención  
para el adolescente que tenga como características:

- El estar basado en necesidades plurivalentes conocidas.
- Que sea desarrollado programáticamente por personal comprometido y capacitado.
- Que tenga un marco institucional básico con participación coordi-  
nada de todos los sectores responsables e interesados.
- Que contenga los elementos de prevención inherentes a un problema  
de salud pública, y
- Que disponga de una metodología de investigación y monitoría que  
enriquezca permanentemente el sistema.

Si lo logramos, habremos colaborado a mejorar  
la calidad de los ciudadanos de nuestra Patria.



DISCURSO DR. MARIO BUSTOS PALMA.

Director Dirección de Atención Primaria

Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

La atención de Salud en Chile se efectúa bajo un marco doctrinario establecido por las políticas de gobierno, que se operacionalizan a través de los programas de salud, entendida la salud como el bienestar físico y mental de los individuos y de la sociedad.

La reestructuración del sector salud en 1979, implicó la creación en cada servicio de salud de un organismo técnico-administrativo, la dirección de atención primaria, para responsabilizarse de la atención de salud del nivel primario otorgada a la población a través de consultorios generales rurales o urbanos y postas rurales.

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Está orientada hacia los principales problemas de la comunidad y presta los servicios de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud por intermedio de acciones como: educación sobre los principales problemas sanitarios, sus causas, su prevención y solución; fomento sobre nutrición y mejor aprovechamiento de los alimentos:



saneamiento básico del medio ambiente y abastecimiento de agua potable; atención específica materno-infantil pues son los grupos poblacionales de mayor riesgo de enfermar o morir; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y tratamiento contra las principales enfermedades endémicas; tratamiento apropiado y oportuno para las enfermedades más comunes y menos complejas que sufre nuestra población.

La atención primaria de nuestro servicio de salud nace en el equipo de salud que encontramos en cada consultorio periférico y que llega hasta cada posta rural; nace en la auxiliar rural, recurso fundamental, generado en y para la comunidad alejada de los centros urbanos y nace principalmente en la comunidad misma, que reconoce responsablemente sus particulares problemas de salud y orienta su solución a través de los equipos de salud. Por lo tanto se basa la atención primaria en la labor del personal de salud multiprofesional y en los trabajadores de la comunidad con un debido adiestramiento tanto en lo técnico como en lo social.

Necesariamente debe existir entonces una relación y coordinación cada vez mayor, entre todos los organismos de la comunidad, puesto que el tiempo y las investigaciones como las que más adelante conoceremos en estas II Jornadas de Atención Primaria y II Simposio de atención integral del adolescente, lo demuestran. Solo el mutuo conocimiento y esfuerzo conjunto de los diferentes sectores públicos y privados de la comunidad permitirá solucionar sus problemas de salud y elevar por lo tanto su calidad de vida.

Director General de Salud Pública  
 Director de Atención Primaria  
 Servicio de Salud Valparaíso-Gran Área Urbana

La atención de salud en Chile se efectúa bajo un sistema de atención descentralizado por las regiones de gobierno, que se organiza a través de los programas de salud, estructurados en salud comunitaria, salud familiar y salud de los individuos y de la sociedad. La reestructuración del sector salud en 1979, dio origen a la creación de una red de servicios de salud de un organismo descentralizado administrativo, la Dirección de Atención Primaria, para responsabilizarla de la atención de salud del nivel primario respecto a la población a través de consultorios generales rurales e urbanos y postas rurales. La atención primaria de salud es la atención sanitaria especial, basada en métodos y tecnologías preventivas, curativas, rehabilitadoras y socialmente aceptadas. Representa el primer nivel de contacto de las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud y constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención integral. Esta orientación hacia los principales problemas de la comunidad y hacia los servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud por intermedio de acciones como educación sobre los principales problemas sanitarios, sus causas, su prevención y solución; fomento sobre nutrición y mejor aprovechamiento de los alimentos.

Cada año que pasa ha permitido a los equipos de salud del nivel primario ir conociendo mejor la realidad sanitaria de su comunidad e ir aplicando acciones de fomento, prevención y recuperación especialmente a aquellos grupos de mayor riesgo. Hemos así mejorado la calidad de atención a la madre y su hijo, acentuando nuestros esfuerzos en los más pequeños. Pero nuestro contacto cada vez mayor con las escuelas y liceos por una parte, con los jóvenes adolescentes embarazadas por otra; nos motivan a desarrollar estrategias de atención a este grupo tan particular de la población, nuestros adolescentes. Poco sabemos aún de ellos, mucho ha crecido nuestra preocupación al respecto, pues estamos convencidos que la excelente calidad moral, afectiva, física y social de nuestros adultos del mañana, de nuestros adultos del año 2.000, radica en el oportuno conocimiento, prevención y solución ahora de los problemas de salud de nuestra juventud. La atención primaria de nuestro servicio, los equipos de salud de nuestros consultorios y postas, tienen ahora la oportunidad de consolidar este acercamiento a la juventud que iniciamos en los meses previos al evento que hoy inauguramos.

Do y por lo tanto, a nombre del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y especialmente a nombre de la Dirección de Atención Primaria, la más cálida y esperanzada bienvenida a los expertos en adolescencia; a los representantes de otros organismos de la comunidad; a los equipos de salud que traen sus investigaciones y especialmente a los cinco adolescentes que representan a nuestra juventud.

Muchas gracias.

DISCURSO

EL ADOLESCENTE Y EL DESARROLLO PARA TODOS

SR. PABLO BASURTO. Representante de UNICEF

para Argentina, Chile y Uruguay.

En la víspera del Año Internacional de la Juventud, muestra atención se enfoca, con nostalgia para algunos, hacia este grupo de niños y niñas que conforman la adolescencia. Recién salidos de la infancia, miran al mundo con la visión fresca y esperanzada. El futuro es de ellos. Pero ¿qué futuro les espera?

Este último par de años, una durísima crisis económica se ha cernido sobre el mundo, y particularmente sobre los países de América Latina. En nuestro continente viven hoy, en distintas condiciones, más de 38 millones de jóvenes entre los 15 y 19 años, y ellos representan el 11 por ciento del total de la población. Sólomente en Chile, los adolescentes representan una población de más de un millón doscientos mil individuos.

Al hablar de salud integral, hablamos de salud física y síquica, y ninguno de los dos aspectos se puede desligar de la realidad en que les toca vivir a los jóvenes. Una crisis como la que estamos encarando afecta todo, permea cuerpos y almas, trastoca valores y transforma culturas. Los jóvenes buscan un espacio en un mundo que les es ajeno puesto que lo han heredado y aún no han participado en su construcción. Los jóvenes se enfrentan a una realidad agustiosa, donde el trabajo se transforma en un objeto de competencia

entre ellos o, peor, contra los mayores que han perdido sus empleos y se sienten prioritarios. Están sometidos a presiones no exentas de críticas de parte de la familia y de la sociedad, para que se preparen más y más, destaquen más y más, compitan para llegar a la tan ansiada meta de trabajo bien remunerado o de los estudios superiores. Aquí, una vez más, la realidad desmiente sus sueños. Aún entre aquellos jóvenes entre 15 y 19 años, que habían recibido educación formal entre 7 y 12 años, la tasa de desocupación era, en Chile, de un 74,8 por ciento en junio de 1981. Los jóvenes constituyen actualmente el 45 por ciento de los cesantes.

Y, el sueño dorado de la Educación Superior se está desvaneciendo poco a poco con la realidad económica. En 1981, el porcentaje en Chile de la población de 19 a 24 años matriculada en algún instituto de educación superior era solamente un 7,5 por ciento.

Los jóvenes, aún sin conocer mayormente los detalles de los índices económicos, intuyen que algo anda mal en nuestro mundo y, algunos, los menos, expresen su disconformidad en forma estridente y negativa. Hace pocos días, la opinión pública nacional se vio estremecida por la trágica muerte de tres jóvenes drogadictos. Todos los medios de comunicación dieron una cobertura tan amplia a este hecho, que hacían pensar que la mayoría de la juventud expresa su incontentamiento de esta forma.

Pero yo creo que no, que es una equivocación pensar esto. La mayoría de los jóvenes buscan canales positivos para encauzar su vitalidad, su generosidad y su originalidad, su capacidad de unirse, su sentido de solidaridad y de cooperación. Creo que en

estas cualidades de los jóvenes puede estar el germen de una cultura nueva, la base de una sociedad que logre trascender nuestros viejos esquemas, profundamente enraizados en una historia de conquistas, de agresividad, individualismo y competencia. Una historia que ha tenido su epopeya pero que hoy se demuestra superada por una situación de interdependencia que liga siempre más estrechamente los destinos de todos los pueblos.

En este mundo en transformación, nosotros, los mayores, no le hemos dejado un espacio adecuado a los jóvenes.

En este Simposio hablamos de salud integral del adolescente. ¿Qué significa esta palabra "integral"? Se aplica a las partes que componen un todo. El "todo" que nos interesa aquí es la salud del adolescente. La salud y todos los elementos que la conforman. El niño crece y se desarrolla en un ambiente dado con el que interactúa, y este ambiente puede darle o no darle los elementos que lo transformarán en un adolescente sano en el sentido más amplio de la palabra. UNICEF, desde sus comienzos, instó a todos los gobiernos a considerar la calidad de sus recursos humanos como algo esencial para que los pueblos logren alcanzar un mayor desarrollo espiritual y material. El niño, base de estos recursos, nace con un maravilloso potencial que debe alcanzar un completo desarrollo, al margen del nivel sociocultural o económico del núcleo familiar al que pertenece.

La niñez es sólo el primer paso para el logro del desarrollo pleno del ser humano. El segundo paso es la adolescencia, cuando ya se cuestiona, cuando ya no solamente se trata de

recibir sino que también de dar. 'Cuando la naturaleza misma provee al ser humano de todas las energías y empujes necesarios para actuar, y cuando nosotros, los adultos, muy a menudo decimos: "¡No! Tú no tienes nada que hacer excepto escuchar, obedecer y conformarte con el mundo que te hemos formado".

Con ocasión del Año Internacional de la Juventud, en Costa Rica hubo un foro, hace poco, en que se habló de la participación de la juventud. Y esta participación puede ser muy importante y muy valiosa.

Coincide, además, con una idea de UNICEF en que el niño mayor -el adolescente- ayuda al niño menor.

Con esta idea y la colaboración intelectual de médicos, educadores y personal de colaboración médica perteneciente a dieciseis países, nació en 1978 el Programa "Child to Child" -el niño que ayuda al niño-. Las ideas contenidas en este programa están dirigidas no sólo a los niños, sino también a su familia, a cada miembro de la comunidad, a los trabajadores de la salud y a los profesores de escuelas, tanto de áreas urbanas como rurales.

Las medidas que propone UNICEF para mejorar la salud de la infancia y bajar dramáticamente la mortalidad infantil a nivel mundial, son fundamentalmente medidas de tipo educativo, susceptibles de ser llevadas a cabo por los jóvenes.

Esencialmente, estas medidas consisten en el fomento de la lactancia materna, el uso de las tablas de crecimiento como método de detección de la desnutrición en sus primeras etapas -cuando aún es fácil de remediar. El uso de las sales de rehidratación oral como tratamiento casero de las diarreas, que a nivel mundial

producen millones de víctimas fatales anualmente, y finalmente, las inmunizaciones masivas para cuya aplicación se necesita personal más preparado, pero cuya necesidad puede ser perfectamente explicada por los jóvenes.

En el programa Child to Child, se consideran actividades adicionales como prevención de accidentes, estimulación temprana, fomento de buenos hábitos de salud y difusión de información sobre servicios de salud existentes.

Esta podría ser una posible participación de los adolescentes en la vida comunitaria.

Ahora, fuera de la valiosa que es en sí una acción de este tipo, tiene un valor formativo para la persona que participa en ella -y con mayor razón para un adolescente--.

Es una práctica que enseña. Que enseña el valor práctico y moral de la generosidad y de la cooperación. Que enseña un mundo real, de la vida tal cual es y no como se ve a través de una pantalla y en colores. El adolescente da y recibe -recibe una vivencia valiosa-, que le permite valorar su capacidad a través de resultados palpables. Al ser útil, al ayudar a transformar al mundo en un lugar mejor, al joven se integra en forma activa en un lugar mejor, el joven se integra en forma activa a una cultura y puede transformarla en forma efectiva al ser parte de ella y al aportar su natural impulso a la cooperación.

La cooperación, vivida plenamente en los primeros años, lleva a una actitud de apertura, de profunda comprensión de un mundo interdependiente, en el que las fronteras ya no

existen, en que todos dependemos de todos.

Este es el mundo de hoy, que nosotros percibimos apenas, pero cuyas características se están acentuando. Un mundo en que cualquier agresión puede llevar a la destrucción planetaria. Nuestros jóvenes necesitan una comprensión más clara, más vívida de este concepto de cooperación.

Este concepto hay que aplicarlo también al desarrollo. Si no hay desarrollo para todos, éste deja de existir, es falso. Cuando el desarrollo no es para todos los pueblos, sino para algunos, se producen situaciones como las crisis económica actual, una crisis mundial, en que los países en desarrollo -lo más pobres- sufren las peores consecuencias. Y dentro de estos países, los grupos más vulnerables, como los jóvenes, ven sus esperanzas cohartadas.

El desarrollo para todos -para todos los países y para todos los grupos que los conforman- puede obviar estas situaciones de injusticia. Y la cooperación -también en todos los planos- entre personas de una misma comunidad, entre niños, jóvenes y viejos, entre naciones y entre continentes, lleva a este tipo de desarrollo.

En este contexto, el concepto antiguo de nacionalismo queda superado y se amplía hasta abarcar toda la comunidad internacional. Y para los jóvenes es más fácil comprender un mundo sin fronteras, basado en la cooperación que es sinónimo de solidaridad, que es un valor tan cercano a la juventud.

La salud de los adolescentes es muy importante, pero igualmente importante es la formación de un mundo en que el adolescente puede desenvolverse sanamente.

existen, en una labor dependiente de los...

Este es el punto de vista, que nosotros pensamos...

deben, pero sobre características de esta...

que cualquier actividad puede llevar a la...

unos jóvenes necesitan una comprensión de...

concepto de cooperación.

Este concepto hoy que significa también el...

trabajo. Si no hay desarrollo para todos, éste debe de existir, en fin...

de. Cuando el desarrollo no se da para todos los países, sino para algunos...

nos, se producen situaciones que los países económicos actuales, nos...

estándar, en que los países en desarrollo - lo que parece - están...

postos consecutivos. Y dentro de estos países, los grupos más...

desarrollados, los jóvenes ven sus aspiraciones frustradas.

El desarrollo para todos - para todos los países...

y particularmente los grupos que los constituyen - puede crear situaciones...

de injusticia. Y la cooperación - también en todos los planos - entre...

personas de una misma comunidad, entre familias, jóvenes y viejos, entre...

naciones y entre continentes, tiene un efecto de desarrollo.

En este contexto, el concepto latinoamericano de...

como queda sugerido y se explica hasta ahora en la comunidad latino...

cional. Y para los jóvenes es más fácil comprender un mundo sin fronteras...

tas, basadas en la cooperación que se eliminan de raíz, que es un...

valor tan cercano a la justicia.

La salud de los adolescentes en sus hogares,

pero igualmente importante es la formación de un mundo en que el...

como puede desarrollarse armoniosamente.

5. CONFERENCIAS.

[Faint, mostly illegible text on the right page, possibly bleed-through or very light printing.]

EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES.

UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

Dr. Benjamín Viel. \*

En toda la civilización occidental, a la cual nosotros pertenecemos, se considera que la célula fundamental de toda sociedad es la familia. La unión legal de una pareja humana garantiza la responsabilidad que estos futuros padres tendrán frente a los hijos que de ellos nazcan.

La naturaleza en todas las especies vivas se interesa más por la conservación de la especie que por la de los individuos que la componen. En la clásica obra de Shakespeare, Romeo y Julieta, el padre de Julieta ha elegido un futuro marido para su hija, quien a su vez está profundamente enamorada de Romeo y pide espera. El Padre intenta convencerla y le dice "hay muchas madres felices a los 14 años en Verona". Hoy los 14 años se considerarían una edad excesivamente precoz para el matrimonio aún cuando biológicamente la mujer a esa edad, si ha tenido ya su menstruación, podría procrear. En la época del Renacimiento la vida era corta, seguramente más corta aún que en el siglo XVIII en el cual tenemos records estadísticos de la burguesía de la ciudad de Ginebra en la cual la Expectativa de Vida al Nacer se estimaba en sólo 33 años, más corta aún tendría que haber sido en ese grupo de más baja condición social en el cual no había historia. Si la vida era tan corta, si se era anciano ya a los 45 años, era lógico que se buscara la conservación de la especie en la reproducción precoz.

A partir del siglo XIX la vida se ha ido prolongando, la Expectativa de Vida al Nacer, en la mayoría de los países en vías de desarrollo alcanza al doble de la cifra que fuera propia de la burguesía de Ginebra dos siglos atrás, en el mundo desarrollado sobrepasa

\* Profesor de Medicina Preventiva y Social. Miembro de la Academia de Medicina. Presidente de la Asociación Chilena de Protección de la Familia. //

sa ahora los 70 años. La medicina y especialmente la epidemiología, al introducir el método estadístico, comenzó a observar que la mortalidad materna, así como la perinatal, eran más altas mientras más joven fuera la embarazada. No siendo necesario ya el matrimonio precoz para la conservación de la especie y advertido el ser humano de sus peligros, la edad del matrimonio y por tanto del primer embarazo se ha ido postergando y la prolongación de la vida de la mujer, cuya capacidad fértil puede llegar aún hasta los 50 años, permitió a la medicina concluir que habían edades adversas al embarazo, las menores de 20 y las de 35 y más, así como concluir que la gran multiparidad, cuatro o más de una misma mujer, también aumentaba el riesgo de muerte materna y perinatal.

En el curso de este siglo se está confirmando que en todo el mundo existe una revolución en la vida sexual. Principios que fueran sólidamente sostenidos hasta hace poco tiempo atrás, como por ejemplo la indiscutida autoridad paterna, la virginidad pre-matrimonial de la mujer, no del hombre, la deshonra que caía sobre la mujer que perdía su virginidad sin haber legalizado su unión, son hoy día abiertamente discutidos por la juventud. También lo es el matrimonio como requisito indispensable para la vida sexual. Jóvenes incitados por el comercio creciente de la pornografía que invade todos los medios de propaganda, incitados también por modas que exaltan las formas femeninas y sin el freno que establecía la familia tradicional de antaño, inician hoy más precozmente su vida sexual.

En Chile, como en todo el mundo occidental, siempre ha existido un número de nacidos fuera del matrimonio. En el año 1950 G. Mortara publica en Roma un estudio sobre la ilegitimidad en la América Latina (1). El autor señala que en esa época el 17% de los

(1) Mortara, G.- La Union Conjugali libere nell America Latina Roma 1961.

EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES  
UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Santiago Vial \*

En toda la civilización occidental, a la cual nosotros pertenecemos, se considera que la célula fundamental de toda sociedad es la familia. La unidad legal de una pareja humana garantiza la responsabilidad que estos futuros padres tendrán frente a los hijos que de ellos nazcan.

Las naturalezas en todas las especies viven de instintos que por la conservación de la especie que por la de los individuos que la componen. En la célula que es el hombre y la mujer, el padre de familia ha elegido un futuro marido para su hijo, quien a su vez está profundamente enamorado de la mujer y viceversa. El futuro hijo intenta conquistarla y la mujer "para muchas razones" está esperando. Hoy por hoy se considera que el matrimonio es el primer paso para el nacimiento de un nuevo individuo. En la época del Renacimiento la vida era corta, seguramente más corta aún que en el siglo XVIII en el cual tampoco se conocían estadísticas de la esperanza de vida de la ciudad de Génova en la cual la expectativa de vida al nacer se estimaba en sólo 33 años. Más tarde, con tanta que haber sido en ese grupo de vida una condición social en el cual se habla nupcias. Si la vida era tan corta, al ser tan joven ya a los 15 años, era lógico que se buscara la conservación de la especie en la reproducción precoz.

A partir del siglo XIX la vida se ha ido prolongando. La expectativa de vida al nacer, en la mayoría de los países en vías de desarrollo alcanza al doble de la cifra que tenía propia de la pregunta de Génova dos siglos atrás, en el mundo desarrollado hoy

\* Profesor de Medicina Preventiva y Social. Miembro de la Academia de Medicina. Presidente de la Asociación Chilena de Protección de la Familia.

nacidos en este país eran ilegítimos. En 1970 este porcentaje alcanzó a 18.5%, aumento bastante exíguo que adquiere a partir de esa fecha una tendencia creciente. El cuadro Nº 1 muestra por años el total de nacidos vivos y el total de nacidos ilegítimos cualquiera que fue la edad de la madre así como el número total de nacidos de madres menores de 20 años y su condición de ilegitimidad.

CUADRO Nº 1  
 NUMERO Y PORCENTAJE DE NACIDOS ILEGITIMOS, TODA EDAD Y DE MADRES

MENORES DE 20 AÑOS. CHILE.

1970 - 1980

AÑO	TOTAL NACIDOS VIVOS	ILEGITIMOS	%	MADRES MENORES DE 20 AÑOS		
				TOT. NACIDOS VIVOS	ILEGITIMOS	%
1970	238.869	44.302	18.5	33.872	10.440	30.8
1971	247.970	49.296	19.9	37.451	12.014	32.1
1972	256.097	49.952	19.5	40.662	12.727	31.3
1973	255.037	50.959	20.0	41.030	12.892	31.4
1974	250.462	51.432	20.5	40.792	13.354	32.7
1975	237.966	52.641	22.1	39.836	14.327	36.0
1976	229.231	53.421	23.3	38.353	14.562	38.0
1977	216.872	54.416	25.1	36.142	15.032	41.6
1978	218.581	57.663	26.4	37.728	16.085	42.6
1979	223.098	59.727	26.8	37.443	16.500	44.1
1980	234.662	64.688	27.6	39.158	17.878	45.7

FUENTE.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS.

En los once años que el cuadro muestra el porcentaje total de ilegitimidad ha aumentado en un 49% y el porcentaje de ilegí-

nacidos en esta categoría. En 1970 este porcentaje alcanzó a 18,2%, suceso bastante extraño que advierte a partir de una tendencia creciente. Si cuando se le restan los nacidos de madres jóvenes y el total de nacidos ilegítimos comparados con los de la edad de la madre así como el número total de nacidos de madres menores de 20 años y su condición de legalidad.

NUMERO Y PORCENTAJE DE NACIDOS ILEGÍTIMOS, JÓVENES Y DE MADRES MENORES DE 20 AÑOS, 1970 - 1980

AÑO	TOTAL NACIDOS VIVOS	ILEGÍTIMOS	%	101 NACIDOS ILEGÍTIMOS	MADRES MENORES DE 20 AÑOS
1970	528.888	44.305	8,4	37.832	10.740
1971	547.970	48.588	8,9	37.481	11.314
1972	528.097	47.823	9,1	40.885	12.721
1973	522.037	50.800	9,7	41.074	12.915
1974	520.405	57.472	11,0	48.792	17.344
1975	527.008	57.041	10,8	38.832	14.707
1976	524.731	57.451	10,9	38.881	14.802
1977	578.875	67.476	11,7	38.142	15.032
1978	578.281	57.462	9,9	37.951	14.802
1979	523.000	59.152	11,3	37.442	15.200
1980	574.002	67.008	11,7	38.100	17.000

En los once años que el cuadro muestra el porcentaje de nacidos ilegítimos ha aumentado en un 38% y el porcentaje de nacidos de madres menores de 20 años en un 58%.

timos en madres menores de 20 años ha aumentado en un 48%.

Al aceptar que la familia es la célula fundamental de la sociedad y contemplar que algo más de la cuarta parte de los nacidos en Chile en 1980 han nacido fuera del matrimonio tenemos que aceptar que hay entre nosotros una grave enfermedad social con tendencia al aumento. Al reconocer que el embarazo, parto y puerperio son peligrosos para la madre menor de 20 años y que un 16,7% de los nacidos en 1980 provienen de tales madres, tenemos que reconocer también que existe un problema de Salud Pública que se agrava al considerar que casi la mitad de los nacidos de estas madres adolescentes fueron ilegítimos en el último año en que el dato fue registrado.

Hay una diferencia fundamental entre un nacido ilegítimo de una adolescente y el nacido en igual condición de una madre mayor de 20 años. Una buena proporción de estas últimas constituyen parejas estables aún cuando no hayan legalizado su matrimonio, además son mujeres que en general han terminado su educación y son capaces de trabajar. Diferente es el problema en la madre adolescente, en una proporción alta de casos el padre es también un adolescente incapaz de proteger al hijo que ha engendrado o bien es alguien que desahogado parece. Este niño sin protección paterna ha nacido de una madre que no ha terminado su educación y para quien el embarazo ha significado el término de sus ambiciones. Una relación sexual que muchas veces es casual, cuando no es la consecuencia de una violación, incesto o estupro, convierte en madres a mujeres que aún no están psicológicamente capaces de serlo, aún cuando tengan la capacidad biológica de reproducirse.

Al hablar de porcentajes se pierde un poco la verdadera magnitud de la tragedia. Los médicos están viendo hoy embarazos en niñas entre 12 y 15 años y ese 45,7 por ciento de nacidos ilegítimos

de madres menores de 20 años significa casi 18 mil niños que en 1980 nacieron sin la debida protección paterna para su desarrollo futuro.

Al problema social que se comenta se agrega el considerar el problema de salud que el Dr. R. Cabrera (2) cuantificó en su valioso estudio sobre mortalidad infantil según edad y paridad de la madre, efectuado en tres años separado por 5 años de intervalo. Su trabajo demuestra que en los tres años considerados (1969-1974 y 1979) la mortalidad infantil es muy superior en los nacidos de madres menores de 20 años y que aún cuando esta mortalidad es menor en 1979 que en 1969 la mortalidad infantil en el último año estudiado sigue siendo muy superior a la observada en hijos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Esta mayor mortalidad en el primer año de vida de niños nacidos de madres menores de 20 años no es sólo, como Cabrera demuestra, una mortalidad perinatal que pudiera justificarse en la mayor dificultad de parto en una mujer aún en desarrollo, se manifiesta también en los once meses que siguen a las primeras cuatro semanas. No parece haber tampoco una menor valía del nacido de madre muy joven, al menos no hay diferencias substanciales de peso y talla.

En la familia multicelular, que fuera común en el pasado, es probable que el nacido de madre adolescente fuera cuidado por abuelas o tías. Hoy que la familia urbana tiende a ser unicelular no existe tal apoyo y es más que probable que la mayor mortalidad de estos niños tenga su explicación en la dificultad emocional y económica que tiene que tener una mujer excesivamente joven, con educación incompleta y sin apoyo paterno, para cuidar debidamente al hijo. Quienes sufren estas dificultades es probable que en un buen número de casos miren al hijo como enemigo.

(2) Cabrera, R.- Mortalidad Infantil según Edad y Paridad de la Madre. Chile 1969-1974 y 1979. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. XLVII, Nº 5, 1982.

Hay quienes acusan muy superficialmente a la existencia de métodos anticonceptivos de ser la causa de la libertad sexual de hoy así como de la creciente precocidad de inicio. Ellos no se dan cuenta que si las adolescentes que se embarazan usaran anticonceptivos no se embarazarían y no tendríamos el problema más arriba descrito. Esta tendencia de la juventud a discutir la antes total obediencia a la autoridad paterna es un problema muy anterior a la existencia de anticonceptivos eficaces. Más probable es que la verdadera raíz de esta nueva manera de pensar esté en la lucha de la mujer de hoy por obtener igualdad de derechos. Como señala muy bien el sociólogo Uruguayo Gomensoro (3) no es dable que la juventud de hoy siga aceptando que lo que para el varón es un galardón sea para la mujer un baldón.

Al llegar al diagnóstico que existe entre nosotros una enfermedad social en la mala constitución de la familia y que este fenómeno tiene tendencia creciente, junto con reconocer que también existe un problema de Salud Pública en el nacido de madres adolescentes, es lógico que se intente el buscar solución. Si ella existe no es sólo del resorte médico.

El buscar soluciones en la vuelta al pasado nunca ha tenido éxito perdurable. Es posible que en el Irán de hoy, con un Gobierno que impone por métodos violentos la vuelta a la Edad Media de la Religión Musulmana, se logre un éxito temporal. Es posible también que en China hoy día, donde el matrimonio es autorizado para la mujer a los 25 años y para el hombre a los 28, exista la suficiente fuerza del Gobierno para imponer su sistema. Donde se intenta mantener la libertad individual es lógico que se busque una solución que no requiera recurrir a la fuerza.

(3) Gomensoro, A.- Embarazo de Adolescencia. Consejo Regional de la Región del Hemisferio Occidental. IPPF, México, 1982.

de madres menores de 20 años significa casi 18 mil niños que en 1980 nacieron sin la debida protección paterna para su desarrollo futuro.

Al problema social que se comenta se agrega el crecimiento de la conciencia de salud que el Dr. R. Cabrera (2) constató en su reciente estudio sobre mortalidad infantil según edad y paridad de la madre, efectuado en tres años sucesivos por 7 años de intervalo. En el estudio se muestra que en los tres años considerados (1969-1971 y 1972) la mortalidad infantil se muy superior en las madres de madres menores de 20 años y que aún cuando esta mortalidad se reduce en 1972 que en 1971 la mortalidad infantil en el último año estudiado sigue siendo muy superior a la observada en hijos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Esta mayor mortalidad en el primer año de vida de los hijos nacidos de madres menores de 20 años no es sólo, como Cabrera ha mostrado, una mortalidad perinatal que pudiera justificarse en la por dificultad de parto en una mujer aún en desarrollo, se evidencia también en los once meses que siguen a las primeras cuatro semanas. No parece haber tampoco una menor vida del nacido de madre muy joven, al menos no hay diferencias substanciales de peso y talla.

En la familia multigeneracional, que fuera común en el pasado, es probable que el nacido de madre adolescente fuera cuidado por abuelos o tíos. Hoy que la familia urbana tiende a ser nuclear no existe tal apoyo y es más que probable que la mayor mortalidad de estos niños tenga su explicación en la dificultad emocional y económica que tiene que tener una mujer excesivamente joven, con educ. aún incompleta y sin apoyo paternal, para cuidar debidamente al hijo. Quienes sufren estas dificultades se proponen que en un buen número de casos tienen al niño como enemigo.

(2) Cabrera, R. - Mortalidad Infantil según Edad y Paridad de la Madre. Chile 1969-1971 y 1972. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. Vol. VII, No. 2, 1982.

La única solución que pareciera lógica en nuestro sistema de vida es la educación acompañada de una legislación que responsabilice al padre. En nuestro momento en Chile quienes van a ser formadores de juventud, los profesores, no reciben en la Universidad suficiente información para poder más tarde impartir a la juventud una educación sexual apropiada. Quienes están hoy en nuestro sistema escolar no tienen información suficiente sobre el peligro que envuelve el embarazo de adolescencia. Cualquiera encuesta que se efectúe hoy día entre escolares y aún entre estudiantes universitarios de otras profesiones que medicina, revela ignorancia sobre períodos fértiles de la mujer así como sobre ventajas y riesgos de la anticoncepción. Sólo los profesionales de la salud reciben información y aún ellos no siempre tienen una información completa a menos que se especialicen en Obstetricia y Ginecología. La carencia de una educación apropiada deja a la juventud a merced de la excitación sexual natural de la adolescencia exacerbada hoy por la pornografía.

Si creemos que la educación puede disminuir el problema al señalar a la juventud sentido de responsabilidad individual y social junto con los métodos que pudieran proteger a quien está expuesto al riesgo de embarazo en edad adversa, estamos cumpliendo sólo una parte de la tarea. Hay una ineludible responsabilidad de educar también a los padres. Ellos no pueden afrontar el conflicto generacional de hoy sin intentar comprender a esta juventud que, aunque nos disguste, tiene valores diferentes a los que prevalecían cuando nosotros fuimos jóvenes.

La actitud actual del adulto en nada facilita la solución del problema del embarazo de adolescencia. Puede que hayan centros médicos que proporcionen información y servicios anticonceptivos, pero ¿Se atreverían a entrar a ellos los adolescentes que están haciendo una vida sexual precoz? ¿Afrontarían la crítica de los adultos

que estén en la sala de espera? Si se intenta buscar solución en centros especiales para la atención del adolescente debemos confesar que la experiencia de los pocos que hay en el país es sólo prevención tardía, pues quienes allí se atienden son adolescentes que ya están embarazadas y lo que puede prevenirse es sólo la repetición del fenómeno.

Sin el apoyo del sector educacional y sin que exista una legislación apropiada que distribuya con eficacia y prontitud la responsabilidad entre los dos miembros de la pareja y que no recaiga sólo sobre la mujer, la medicina tendrá sus manos atadas para intentar soluciones.

Creo haber mostrado la gravedad del problema y haber insistido lo suficiente que el comienzo de una solución requiere de un cambio de nuestras propias mentes, de una participación activa de la Universidad en la formación de educadores, de una legislación que proteja a la mujer y al niño, así como de la necesidad de proporcionar servicios preventivos. Quisiera terminar sólo con un comentario más. Nuestra Constitución reconoce la igualdad ante la Ley de todos los ciudadanos, pese a ello, quienes habiendo nacido ilegítimos y sobrevivieren al alto riesgo de sus primeros años son posteriormente discriminados por nuestra sociedad. Hay no sólo una discriminación social, hay además reglamentos discriminatorios que impiden a los nacidos ilegítimos ingresar a determinadas profesiones ¿Es ello igualdad ante la ley?

Cuando seamos capaces de liberarnos de nuestros prejuicios deberemos reconocer que no es inmoral el enseñar la fisiología de la reproducción humana, los métodos para controlar la fecundidad y el sentido de responsabilidad que se debe tener en el ejercicio de la vida sexual, que lo verdaderamente inmoral es el nacimiento de un hijo no deseado que está expuesto al abandono, la privación de cariño y la discriminación si sobrevive al alto riesgo de sus primeros años.

\* \* \* \*

La única solución que garantiza la vida en nuestro país es la vida en la actividad humana, la vida en la actividad que respaldamos al padre. En nuestro país en Chile quienes van a ser los futuros de nuestro país, los profesores, no estudian en la Universidad sino en la escuela para poder dar a su vez a la juventud una educación básica adecuada. Quienes están hoy en nuestra escuela no sólo no tienen información suficiente sobre el peligro que envuelve el embarazo de adolescentes. Quienes enseñan que se enseñan hoy día en las escuelas y ahí están los adolescentes que se enseñan hoy día en las escuelas, los profesores que enseñan hoy día en las escuelas, de la mujer así como sobre venidas y riesgos de la anticoncepción. Sólo los profesionales de la salud reciben formación y ahí están no siempre tienen una información completa y exacta que se enseña en las escuelas y ahí están. La carencia de una educación que pueda dar a la juventud el conocimiento de la actividad sexual humana en la adolescencia es una carencia hoy por la que Chile.

El creemos que la educación puede disminuir el problema al señalar a la juventud los riesgos de responsabilidad individual y social. Junto con los métodos que podemos proponer a quien está sujeto al riesgo de embarazo en edad avanzada, creemos cumpliendo sólo una parte de la tarea. Hay una responsabilidad de responsabilidad de enseñar a los padres. Ellos enseñan a través del conflicto generacional. No debe ser el instructor competente a esta juventud que, cuando sea digna, tiene valores diferentes a los que prevalecieron cuando nosotros fuimos jóvenes.

La actividad sexual del adulto en nada facilita la solución del problema del embarazo de adolescentes. Frente a los centros educativos que proporcionan información y servicios anticonceptivos, no se debe enseñar a enseñar a ellos los adolescentes que están haciendo de la vida sexual un problema. El problema de la actividad sexual del adulto.

REVISIÓN DE LOS RASGOS PSICOLÓGICOS DEL ADOLESCENTE CHILENO MODERNO

Dr. Julio Pallavicini G.\*

INTRODUCCION Y CONCEPTO :

La adolescencia es una etapa de la vida humana, de crecimiento físico, psíquico y social, en la cual el muchacho se abre al mundo, con mayor autonomía que cuando niño y se prepara para la vida adulta.

La metamorfosis que los jóvenes experimentan para convertirse en adultos, tiene gran interés desde el punto de vista humano y científico, para los médicos, padres y educadores en general por lo cual permanentemente el tema es objeto de investigaciones y actualizaciones.

El presente trabajo tiene por objeto presentar y actualizar los rasgos psicológicos principales de los adolescentes y traduce nuestra experiencia de 12 años de trabajo clínico individual y con grupos de jóvenes sanos y enfermos; de distintos estratos sociales, estudiados fenomenológicamente.

La palabra adolescencia proviene del vocablo latino "adolescere", cuyo significado apunta en dos sentidos, quiere decir: "caer enfermo" y además "crecimiento", con lo cual se precisan dos características centrales de esta etapa de la vida: las de ser una época de crecimiento psíquico, físico y social acelerado, y dolorosa debido a las inseguridades y contradicciones propias del alma.

En los países desarrollados de la Sociedad Occidental se consideran adolescentes los muchachos entre 12 y 24 años aproximadamente, y se distinguen una etapa llamada pre-pubertad entre 12 y 14 años, y de allí en adelante una vez que se produce la madurez gonadal, la pubertad propiamente tal.

Pero no siempre, ni en todas partes se ha entendido así. Se han encontrado indicios arqueológicos que permiten suponer que, desde la aparición de la cultura en el hombre, hace unos 10.000 años, el promedio de vida del humano ha sido de 25 años, y que se mantuvo inalterable hasta el término de la Edad Media.

\* Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de Chile, Director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, División de Ciencias Médicas Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Los pueblos cultos de la antigüedad en su época de esplendor no pasaron de este promedio, hecho verificado por algunos arqueólogos, que encontraron prácticamente intacto un comentario romano, en el cual estaban registrados los nombres, fechas de nacimientos y defunciones de los individuos, y observaron que la inmensa mayoría de ellos fallecía antes o alrededor de esa edad. (1).

Numerosos antecedentes históricos nos muestran que, a los 15 ó 16 años el individuo era adulto. Sabemos que en los pueblos primitivos, los niños al llegar a la pubertad quedaban a cargo del hechicero o Chamán de la tribu, que los preparaba durante días, semanas o durante algunos meses, en las reglas y donde eran sometidos a diversas pruebas, a veces durísimas, y después de superarlas el niño era considerado adulto. El tránsito de la niñez a la etapa adulta era muy rápido y en realidad no existía la adolescencia como etapa de la vida. Esto ha ocurrido así hasta épocas relativamente recientes si recordamos las costumbres de la Edad Media, encontramos que el púber, después de una noche de vigilia y de la ceremonia correspondiente, era armado "Caballero", y como tal se le consideraba adulto.

En la actualidad, en nuestro país hay muchachos que cursan sólo preparatorias, empiezan a trabajar a los 14 ó 15 años como obreros, mozos, jardineros u otras actividades como éstas, manejan dinero y tienen vida sexual. Es habitual observar en estos casos, cómo rápidamente se transforman en adultos, aun cuando tengan 16 ó 17 años, fenómeno que es más evidente aún en los muchachos vagabundos, quienes luchando por la existencia maduran, y adquieren muy precozmente las características de la adultez.

Esta situación es muy distinta a la del grupo de jóvenes de mejor nivel socioeconómico, que completan sus estudios básicos, medios, universitarios y aún después de éstos siguen cursos de perfeccionamiento profesional, continúan becas de formación de Especialidad, o estudios de Doctorados o Masters, prolongando su formación hasta la edad de 27 ó 28 años, y con ello la dependencia económica e influencia de los padres, por lo cual muchos especialistas piensan que en esos casos, el límite de la adolescencia se prolonga hasta esa edad.

Es cierto que en nuestro país y en el resto del mundo son pocos los jóvenes que alcanzan Educación Universitaria, pero es incuestionable que el promedio de años de escolaridad y el porcentaje de jóvenes que acceden a la Educación Superior va creciendo con los tiempos, y que la necesidad de estudios acabados va resultando ineludible en la Sociedad Tecnológica actual.

Simultáneamente con la mayor complejidad de la sociedad, ha ocurrido un fenómeno sin precedente en la historia de la humanidad, la vida media del hombre, que en 1880 en Alemania era

(1) Desganos, Torpezas y Complejos.

de 35.5 años, en 1980 alcanzaba alrededor de 72 años, cifras similares a la de otros países europeos, esto significa que en los países desarrollados, el promedio de vida aproximadamente se ha duplicado en los últimos 100 años, lo que posiblemente ha facilitado la aparición de esta nueva etapa.

El comienzo de este período de la vida está determinado por el proceso físico de crecimiento brusco y rapidísimo en la etapa de prepúber, reconocida como la edad de máximo crecimiento, resultando la pubertad el monte de la curva de crecimiento del joven. A veces simultáneamente con éste o poco después empiezan cambios en los caracteres sexuales (vello pubiano, acné, etc.).

El fin de este proceso está señalado en cambio, por actitudes de orden psicológico y sociales; se le considera adulto cuando es capaz de resolver con autonomía, las responsabilidades que le corresponden en el grupo social, ya sea en su ocupación, en el hogar o ante sus amistades.

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS :

En el proceso de crecimiento físico, el muchacho aumenta alrededor del 25% su estatura y su peso hasta se duplica a veces. Durante el período pre-púber y púber se incrementa en 5 cms. de altura y 2 Kgrs. de peso por año, y en el momento de mayor desarrollo, más o menos 6 Kgrs. y 11 cms. anualmente. (2) Crecen preferentemente: el cuello, las extremidades y debido al reducido aumento de la cabeza y del tronco, su figura corporal se vuelve disarmónica, resultando el típico aspecto desgarbado.

En aquellos jóvenes cuyo crecimiento es menor, y en los obesos se producen transformaciones semejantes, aunque es evidente que con menos cambios en su aspecto. Alrededor de los 20 años, el cuerpo se ha estructurado y el muchacho vuelve a tener una figura más armónica.

Para valorar la importancia de esta modificación física del muchacho, conviene recordar que el incremento obtenido en la prepubertad sólo es comparable al conseguido en la lactancia; por este motivo algunos autores, se refieren a ésta etapa de la vida, como la segunda lactancia del hombre.

A estos cambios físicos tan explosivos, se agrega que durante una época larga, se encuentran con menos fuerzas y se fatigan con mayor facilidad, por lo cual les resultan más cansados los esfuerzos que antes realizaban. Es así como muchos niños que habían sido excelentes gimnastas, ahora se agotan en esas clases y pierden el agrado por realizarla. Con pretextos las evitan cuando pueden hacerlo, manifiestan su rechazo y reclaman por esta actividad que antes realizaban con agrado. Es habitual que muchos de ellos que antes admiraban al profesor de gimnasia, se muestren ahora ambivalentes, y agregan como comentario que es demasiado exigente.

Es obvio que disminuye la resitencia a otras exigencias estudiantiles, y para preparar las tareas, pruebas o exámenes deben realizar mayores esfuerzos que antes.

También se produce una discreta incoordinación motora, los actos y los gestos se vuelven torpes y desmaejados, perdiendo la rapidez y gracia del gesto infantil. Es así como dan vueltas las copas en la mesa, chocan las sillas al apartarlas, tiran las manillas de las puertas o mueven los diales de la radio o TV, con demasiada fuerza y con cierta frecuencia rompiéndolos. En las niñas mujeres el fenómeno es más leve o quizás mejor disimulado, y pasa casi inadvertido.

En lo psíquico también hay entorpecimiento, les cuesta encontrar las palabras y sostener la conversación, en especial en público, y a diferencia del niño, con el deseo de mantenerla y la conciencia de no poder hacerlo. Habitualmente tienen sensación de expresar mal sus ideas, o no poder expresarlas, es así como en ocasiones, si están en confianza, deciden terminar la explicación con un gesto de impotencia, o bien ocultan sus dificultades con silencios o risas a menudo inoportunas.

Los jóvenes se sienten desconcertados por estos cambios corporales, y por momentos tienen la sensación de sentirse incómodos en este cuerpo que a ellos mismos les resulta desconocido. A esto se agrega la preocupación muchas veces dolorosa, por las características físicas propias de cada naturaleza, por eso se examinan frente al espejo analizando su estructura física, por ejemplo: Los obesos estudian de preferencia su abdomen, buscando pliegues adiposos, los más bajos se comparan disimuladamente con los otros, y los muchachos muy altos, se encogen como para disimularse en el grupo. Los miopes tratan de evitar los anteojos y aquellos que necesitan frenillo, lo aceptan como si fuera un martirio; sea cual fuere la imperfección natural, los intranquiliza y tratan de disimularla cuando pueden.

El adolescente normal sufre por estos complejos físicos, pero asumiendo conductas activas y concordantes, trata de minimizarlos o sobreponerse, y si tienen la oportunidad y confianza con los padres, solicitan que se les ayude, por ejemplo: los obesos piden que se les lleve al endocrinólogo, para realizar un tratamiento que les permita adelgazar, otros que se le indique algún remedio para evitar el acné juvenil, o que se les compren ropas apropiadas para disimular sus imperfecciones. Otro rasgo del adolescente normal, es que habitualmente los comenta con sus amigos íntimos de mayor confianza, y les reconforta saber que también padecen por ellos.

Esto resulta importante para diferenciarlos, del modo como los viven, los que padecen enfermedades mentales, tales como Esquizofrenia, Anorexia Nerviosa, en las cuales el muchacho lleva en su intimidad vivencias terriblemente dolorosas que no relata, no se traslucen en su expresión, ni tienen la actitud activa, concordante y adecuada de los normales. Tales vivencias sólo son relata-

de 25 años, en 1900 alcanzó a ser de 75 años, otros autores dicen que en la actualidad se prolonga hasta los 100 años, lo que probablemente se debe a la mejora de las condiciones de vida y a la disminución de las enfermedades infecciosas.

El cambio de este período de la vida está determinado por el proceso físico de crecimiento brusco y repentino que se da en la etapa de pubertad, reconocida como la etapa de máxima actividad, seguida de un período de madurez en el que se produce un cambio en las características sexuales (ver el capítulo correspondiente).

El fin de este proceso está señalado en el capítulo correspondiente de orden psicológico y social, se lo comenta en el capítulo correspondiente cuando se habla de resolver con autonomía las responsabilidades que le corresponden en el grupo social, ya sea en el colegio o en el hogar o en una institución.

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

En el proceso de crecimiento físico, el niño experimenta cambios en su estructura y en su funcionamiento. Durante el período pre-puberal y puberal se produce un aumento de altura y de peso, y el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Este aumento de altura y de peso, en la etapa de pubertad, se debe a un aumento de la secreción de la hormona de crecimiento, producida por la hipófisis anterior, y a un aumento de la secreción de la hormona tiroidea, producida por la glándula tiroidea.

En esta etapa de crecimiento físico, el niño experimenta cambios en su estructura y en su funcionamiento. Durante el período pre-puberal y puberal se produce un aumento de altura y de peso, y el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Este aumento de altura y de peso, en la etapa de pubertad, se debe a un aumento de la secreción de la hormona de crecimiento, producida por la hipófisis anterior, y a un aumento de la secreción de la hormona tiroidea, producida por la glándula tiroidea.

Para vivir la importancia de este período de crecimiento físico, el niño debe experimentar cambios en su estructura y en su funcionamiento. Durante el período pre-puberal y puberal se produce un aumento de altura y de peso, y el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Este aumento de altura y de peso, en la etapa de pubertad, se debe a un aumento de la secreción de la hormona de crecimiento, producida por la hipófisis anterior, y a un aumento de la secreción de la hormona tiroidea, producida por la glándula tiroidea.

A estos cambios físicos les corresponden cambios en su estructura y en su funcionamiento. Durante el período pre-puberal y puberal se produce un aumento de altura y de peso, y el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Este aumento de altura y de peso, en la etapa de pubertad, se debe a un aumento de la secreción de la hormona de crecimiento, producida por la hipófisis anterior, y a un aumento de la secreción de la hormona tiroidea, producida por la glándula tiroidea.

das al médico cuando se los investiga dirigidamente, pero ya la enfermedad es grave y han transcurrido habitualmente 2 o más años desde su comienzo.

Con fines de investigación realizamos en 1981 una encuesta anónima a 100 adolescentes, estudiantes universitarios de 20 años en promedio y de ambos sexos, de las carreras de Medicina y Terapia Ocupacional. El 75% de ellos refirió complejos referentes a su apariencia física. Respuestas textuales frecuentes, que ilustran muy bien este aspecto, fueron las siguientes: "La gordura", "Mi apariencia física", "Soy un poco flaca y no me puedo roir mucho porque me faltan dos molares".

En tono jocoso un muchacho respondió; "Muchos complejos del cuerpo, ¡Si Ud. me viera! Nos resultó sorprendente el patetismo de algunas respuestas, y en especial el alto porcentaje de jóvenes que manifestó padecerlos, cuando suponíamos que en un grupo seleccionado como éste, educados, exitosos y ya con 20 años, el fenómeno sería poco frecuente y menos ingrato.

Esta preocupación - según nuestra experiencia - es más intensa y frecuente en las mujeres. En general nos parece que el contenido predominante de ella se relaciona con los caracteres sexuales, la niña se asusta por su menarquia, por el tamaño del busto después, pensando que sus proporciones son excesivas o insuficientes. Los muchachos sufren por los cambios en la voz, que los dejan en ridículo, por las vellosidades de la cara y cuerpo, en especial por el tamaño del pene, y cuando se duchan en conjunto después de practicar deporte, se observan de rojo con la finalidad de compararse, y si a su juicio son normales, entonces van ganando seguridad.

Un estudiante de un Liceo de 16 años ojeemplificaba muy bien la vivencia de ellos, cuando nos decía: "Uno empieza a tener dudas de su propio desarrollo físico y ya no se tiene confianza, cuando le preguntamos a los papás, no responden o "se corren", y las mamás, ¡menos! contestan".

2. Tendencia al apodo y risa.

En los muchachos varones de preferencia, hay la tendencia permanente a bromear, resaltando los defectos de los compañeros y a roirse de cualquier banalidad, cualidades que resultan peculiares a esta edad. (3) Lo gracioso consiste en burlarse, de algún compañero de curso o de algún amigo, ridiculizándolo por alguno de sus rasgos físicos, así el delgado es llamado "fideo", el obeso "cerdo", y el desgarbado "patas locas", la broma debe ser lanzada rápidamente cuando hay varios muchachos y tiene el propósito de lograr la carcajada del grupo y al conseguirla, el bromista se siente superior y contento. El grupo continúa molestando al aludido, todos con diversas bromas

\* Correrse= Eludir.

Lo explicado queda ilustrado en dos ejemplos típicos de las siguientes entrevistas sostenidas con muchachos:  
Varón de 18 años, 2º Medio: "Uno siempre tiene tendencia a sentirse solo, angustiado, me vienen ganas de hablar con alguien y no sé con quién, entran ganas de hacer una maldad para aplacar ese sentimiento y salir de lo común. Por orgullo uno disimula, uno no quiere que lo vean débil".

Otro: Niña de 17 años, 3º Medio: "Es depresión, me incomoda, es ganas de gritar. Allí prefiero conversar para salir de la angustia y soledad. Frente a los que uno sabe que hay que disimular, lo disimulo, por ejemplo, mi tía, mi prima, para que no me vean así. Si es mi mamá o un amigo especial que tengo, yo les cuento mis cosas".

Este desánimo generalmente conduce al muchacho, a encerrarse en su pieza con llave buscando aislarse para atenuar la distimia, o a sentirse apenado y hasta llorar por cualquier observación banal, o a responder con mal humor o agresividad, o bien a que el muchacho salga de su hogar en busca de algún amigo con quien compartir para sentirse comprendido.

Es habitual que estas vivencias pasen inadvertidas para los padres que sólo perciben los cambios conductuales del joven, que les parecen inadecuados o incomprensibles, ante los cuales también se desconciertan y con frecuencia se enojan, originándose conflictos familiares. En todo caso no les prestan el apoyo que necesitan, como seguramente lo harían si los entendieran íntimamente.

También se presenta en ocasiones, la situación inversa, el muchacho está muy alegre, de mejor ánimo que lo habitual y bromea con los hermanos, hace sus tareas con entusiasmo, y colabora con interés en lo que se le pide y sin que haya situaciones especialmente favorables que justifique tan buen ánimo. Estas variaciones anímicas, contribuyen a la desorientación de los padres, que se ven enfrentados a estas nuevas conductas que son difíciles de enfrentar.

Desde el punto de vista de los padres, ellos de pronto se encuentran con que el niño pequeño y fácil de llevar, ha crecido varios centímetros, los han aparecido caracteres sexuales primarios y secundarios y se ha transformado en un muchacho grande (físicamente), con carácter complejo, que parece empuñado en contradecirlo, y que a menudo presenta facetas desconocidas. Es frecuente entonces que se vuelvan impacientes impositivos y menos cariñosos con lo cual se agravan las dificultades para entenderse, porque el joven persiste en sus actitudes, y se va produciendo el alejamiento entre ellos.

4. Inseguridad del adolescente.

Inseguridad y oposicionismo, son dos rasgos cardinales que se encuentran íntimamente entrelazados.

Hemos observado que el adolescente súbitamente se encuentra con el cuerpo diferente y tiene que acostumbrarse a él, debe enfrentar apetencias físicas sexuales, que aparecen con gran intensidad y además una serie de requerimientos sociales tales como conseguir buen rendimiento escolar, después elegir la carrera, mantener buenas relaciones, encontrar pareja es decir, es la edad en que debe empezar a enfrentar al mundo con mayores exigencias, por lo cual no resulta extraño que se sientan inseguros ante las exigencias que les plantea la vida. (3)

Entrevistando adolescentes de ambos sexos, estudiantes de un Liceo de Santiago, de nivel socioeconómico medio, todos nos respondieron que la inseguridad constituye una de sus dificultades principales.

Son iluminadores algunas respuestas textuales como las siguientes que citaremos, ya que revelan el mundo íntimo de los muchachos. Varón de 15 años, cursa 2º Medio: "Cuando se es adulto se es más definido, ¡se es! cuando adolescente uno está desorientado, no sabe si lo que va hacer es malo, o le entran dudas, y piensa que los padres tienen la razón".

En la encuesta realizada a 100 alumnos entre estudiantes de Medicina y Terapia Ocupacional, (que mencionamos en párrafos anteriores) anónima, voluntaria, con diversas preguntas acerca de ellos, les solicitamos que anotaran las desventajas principales de la edad, y la respuesta más frecuente apuntaba a este rasgo, con frases textuales como las siguientes: "Inseguridad de criterio con que hacemos las cosas", "Inseguridad, inestabilidad emocional", "¡De repente no nos entiendo nadie, ni nosotros mismos!".

Otros jóvenes de enseñanza media, de diferentes niveles sociales interrogados en entrevistas personales en frases como las siguientes la muestran en otros matices y también el modo como intentan asentar su personalidad: Varón de 16 años, 3º Medio: "Cuando me siento seguro de las cosas que hago, como que me siento con una personalidad que no me corresponde, como que me desubico hasta que me acostumbro, es como una búsqueda de personalidad hasta que noto que encaja, es la que uno lleva mejor. Uno siente, sabe lo que le queda justo". En este mismo sentido, y representando el sentir de ellas, una niña de 16 años, 3º Medio decía: "Uno se fija en las amigas o una prima, que ella se porta de tal manera y lo hace bien. Yo lo hago igual, y si no me gusta lo deajo, si me gusta lo repito y después uno sigue buscando".

X Como vemos es inseguridad ingrata, hasta dolorosa a veces, pero que al parecer tiene un aspecto muy positivo; obliga a observar al mundo buscando modelos válidos para formar la

propia personalidad.

Es importante precisar que los jóvenes sanos son capaces de sobreponerse a los desgaros transitorios, a sus estados depresivos y eufóricos, a sus inseguridades naturales, y que a pesar de su tendencia constante a la broma, pueden ajustarse a la situación si ésta exige seriedad, y continuar desarrollando sus actividades.

Es diferente cuando el muchacho está siendo socavado por una enfermedad mental, como la Esquizofrenia en cuyo caso sabemos que estos rasgos se exageran y caricaturizan, quedando como anquilosados y son incapaces de adecuarse a lo exigido por la situación. Es así como los Hebefrénicos están payaseando siempre, ya sea en el colegio durante las clases, o en situaciones graves como la enfermedad de un pariente, o en una conversación familiar seria.

En cambio en otra modalidad de Hebefrenia, la experiencia ha mostrado que habitualmente el joven tiende a la pseudo-indagación filosófica, y permanentemente está preguntándose por el sentido de la existencia - por ejemplo - pero sin avanzar en este preguntarse y manteniéndose siempre serio, aunque esté en una fiesta, o en medio de sus compañeros, que están entreteniéndose. En resumen: el enfermo mental queda truncado en su proceso de enriquecimiento personal y el joven sano progresa a pesar de las dificultades de la edad.

Los adolescentes han entrado en la competitividad característica de la vida moderna, en la Universidad y ya en los últimos años de Enseñanza Media tiene que destacarse entre sus compañeros, aprobar pruebas muy frecuentes, exámenes difíciles de superar y diversas exigencias a las que están sometidos. En relación a esto, nos ha tocado atender con mayor frecuencia en los últimos años, un cuadro clínico, caracterizando por indecisión para pequeños actos de la vida cotidiana, inseguridad en el rendimiento escolar, cansancio fácil que aparece más rápidamente que antes, mala concentración, mala memoria, disminución del apetito, alteraciones del sueño y como trasfondo el sentimiento de realizar todas las actividades por deber, hasta las entretenciones con las que antes disfrutaba ahora resultan aburridas y carentes de vida. La enfermedad corresponde a una Depresión Reactiva que mejora fácilmente en 3 semanas, con reposo, antidepresivos en dosis bajas y psicoterapia, pero que en caso de no tratarse oportunamente se arrastra por meses, resultando muy ingrata para el enfermo ya que por las características propias de la enfermedad, no toma conciencia de ella y consideran su estado propio del desconcierto en que se encuentra.

5. Oposicionismo.

Una característica decisiva que parece conatural de la edad, es el oposicionismo que se presenta desde la pre-pubertad, se mantiene durante todo el período y es la que ocasiona mayores dificultades a los padres y educadores.

<Se entiende por oposicionismo del adolescente, a la actitud voluntaria y sostenida del contradecir verbalmente y a veces con hechos, las normas del grupo social y las indicaciones de los adultos, estando psíquicamente normales.

<Es así como el muchacho que antes acompañaba a sus padres a misa, al teatro, o de paseo, ahora basta que éstos los inviten para que prefiera ir solo, o no hacerlo.

Se asocia habitualmente al afán de independizarse de los adultos, y como les agrada la compañía de sus amigos, este rasgo aparece poco, o no aparece entre ellos.

Si salen de paseo al atardecer y la madre los recuerda que deben abrigarse con alguna chaqueta, eso basta para que decidan lo contrario, aún cuando ellos estuvieran dudando o pensando en hacerlo. En el momento de negarse saben - por experiencias anteriores - que como se los advierte la madre, más tarde padecerán de frío, pero se niegan a hacerlo. Horas después, si lo están sintiendo recuerdan que esto estaba predicho por la madre, lo que les provoca malestar o rabia y piensan que a la mañana siguiente ella los recordará que lo padecieron, en cuyo caso obviamente lo negarán.

<Es frecuente que fumen cigarrillos, a veces marihuana sólo por gusto de hacer su voluntad y algo no permitido, sin que realmente tengan mayor agrado en esto, pero el joven normal abandona su uso después de probarlos en algunas oportunidades, y si no hay otra razón que facilite el acostumbramiento.

Por la misma razón, a veces pololean con una joven que no les interesa mayormente, o se colocan ropas que a los padres les disgustan, o se dejan el pelo largo. Es curioso que este afán, es bastante notorio aún en estudiantes universitarios de cursos avanzados; un grupo de ellos nos confesaba que, sistemáticamente molestaban y calificaban mal a aquellos docentes, que ellos suponían que se consideraban a sí mismos buenos profesores, y lo hacían guiados por el deseo de desafiar su autoridad, y para que demostraran si en realidad eran capaces.

En general los jóvenes piensan que el padre es más impositivo, y que en cambio la madre es más comprensiva, y en su opinión el adulto ideal, es aquel que sugiere sin imponer sus puntos de vista. Sin excepción todos los jóvenes que hemos interrogado a este respecto, nos han relatado su deseo de enfrentarse a las normas u órdenes de los adultos, y lo expresan con claridad en las frases textuales siguientes:

Niña de 16 años, 3<sup>o</sup> Medio: "Me gusta llevar la contraria, es como un orgullo de llevar la contra. Hacer lo que yo quiero, es como que uno demuestra que es capaz de imponerse de vez en cuando".

A pesar de este fenómeno, la verdad es que casi todos, con el transcurso del tiempo, terminan aceptando las normas establecidas.

Si analizamos esta situación desde su punto de vista, ellos entienden que los opositoristas son los padres, hecho que una vez más comprobamos en una conversación reciente, que sostuvimos con un grupo de jóvenes de liceo entre 15 y 18 años de ambos sexos; en la cual como corolario al análisis de este punto, un muchacho de 16 años, 2º Medio concluyó filosóficamente diciendo: "A los padres hay que saberlos tratar. Si se les trata mal, se enchuecan",\* y al hacerlo recibió la aprobación calurosa del grupo por esta afirmación tan lúcida y evidente.

Como se desprende de estos párrafos, ellos se sienten victoriosos con su personalidad más definida cuando logran enfrentarse con éxito a lo que según ellos, se le impone y hacerlo es para muchos una forma de ganar seguridad, tal como lo expresaba en sus respuestas prototipo, un muchacho que decía: "Uno quiere sentirse seguro, pero la mayor parte de las veces no puede, para aplacar eso de sentirse inseguro uno discute, porque cuando gana la discusión se siente más pulento".\*\*

Que los muchachos impongan su voluntad oponiéndose al deseo de sus padres, y estén contentos momentáneamente por sus logros, no evita sus dudas y puede hasta agravarlas, porque una vez que han tomado una posición, por amor propio insisten en ella, pero habitualmente en conflicto interior, pues ahora se encuentran cogidos entre su pronunciamiento en favor de algo, que generalmente no les interesa en forma decisiva (pero su orgullo no les permite cambiar su postura), y la opinión de los padres que siempre les importa muchísimo más de lo que ellos mismos quisieran.

Investigaciones realizadas en EE.UU. revelan que la gran mayoría de los jóvenes se transforman en buenos ciudadanos adultos e integran el grupo de los llamados "conformistas", porque se adaptan positivamente a la sociedad. (2)

Otros - los menos - pasan a constituir el grupo de los "reformadores", algunos de los cuales consideran necesario transformar las estructuras sociales y para conseguirlo realizan actividades políticas, otros intentan perfeccionar la moral de los ciudadanos y emprenden acciones de orden samaritano o religioso. Pero ambos subgrupos actúan dentro de los cánones establecidos en la sociedad, de hecho aceptándolos en su gran mayoría.

Un grupito pasa a conformarse como los "protestatarios", entre los cuales se encontraban los Hippies y los

\* Enchuecan: Chilenismo juvenil. Equivale a "actuar incorrectamente".

\*\* Pulento: Chilenismo juvenil que significa, fuerte, seguro. En el lenguaje de los adolescentes, tiene como sinónimos a las palabras: "cototo", o "a la pinta".

Beatneaks, que sobrevivieron un corto periodo.

En Chile, hace algunos años, estudiamos grupos hippies y encontramos que la gran mayoría de ellos eran enfermos mentales, drogadictos consumidores habituales de marihuana, como lo aclararon las investigaciones del Prof. Dr. A. Roa, de preferencia esquizofrénicos y epilépticos. Estos grupos también han desaparecido en Chile, y todos los jóvenes que eran fumadores ocasionales han dejado de hacerlo. (4)

6. Visión del mundo adulto.

El oposicionismo que muestran es selectivo para el grupo de adultos alrededor de 30 a 65 años; a los niños no los consideran y también ignoran al anciano como grupo social, pero aceptan que hay algunos dignos de escuchar, por la tranquilidad con que observan al mundo, o por su sabiduría.

La visión que tienen del mundo adulto es francamente negativa, piensan que es un mundo de responsabilidades excesivas, que se aceptan exclusivamente por dinero. Sería tutinario y no habría cabida para nuevas emociones ni deseos de experimentar cambios, por lo cual se rechazan las experiencias que el joven quiere realizar. Se trataría de una forma hipócrita de vida, en que se busca conseguir el éxito a cualquier precio, viviendo además en forma apresurada. El adulto estaría atado a los convencionalismos sociales, y por ello sin libertad personal.

Muchos agregan que les parece pobre vitalmente, carente de poesía y sin sentido.

En la encuesta realizada a los 100 estudiantes universitarios aludidos anteriormente, al preguntarles qué pensaban de la edad madura, había dos que tenían una visión positiva, otros prefirieron no pronunciarse y más del 93% tuvo una opinión muy crítica, que expresaron con dureza y sinceridad en observaciones como éstas, que son representativas del grupo.

Varón: "Encuentro que viven como locos y se aporoblan por todo".

Otro decía: "Impersonal, frío, un poco egoísta, cada adulto se centra más en sí mismo, no piensa en los demás. Se preocupa de sus propias necesidades. Lo veo materialista y con poca riqueza interior".

Niña: "Creo que el hecho que el adulto tenga más responsabilidades lo hace andar más apegado a la vida material y a la neurosis de la época".

Esta opinión de la edad madura posiblemente agrava su oposicionismo, ya que según ellos, estarían sometidos a

normas que están regidas por una generación que les parece equivocada en su forma de vida y por lo mismo desautorizada para ejercer tuición sobre ellos.

7. Propósito de la vida: Materialismo, hedonismo.

A pesar de la crítica que realizan al materialismo imperante en la época actual, cuando investigamos sus metas personales encontramos que casi todos desean ingresar a la universidad o estudiar en alguna escuela superior que les otorgue una profesión; pero la finalidad de alcanzar estudios superiores no radica en el deseo de poseer conocimientos profundos de la realidad. No hay agrado en el saber en sí mismo, ni la idea que puede resultar interesante, menos aún que el Universo es un misterio al cual hay que aproximarse a través del conocimiento científico, no hay pues capacidad de admirarse ante el enigma de la creación, sino que la profesión y el saber son un medio que les facilitará sobrevivir mejor, una especie de seguridad para la subsistencia, que les permitirá, mantener bien el hogar, porque, como opinan textualmente en frases crudísimas: "Dinero es la fuerza que mueve al mundo", "Habiendo billete, se puede más".

Las metas de vida de los estudiantes universitarios consiste en especializarse en alguna rama de su profesión y desempeñarla brillantemente.

Si agregamos el gusto de todos los adolescentes por los artículos electrónicos, tales como: equipos estereofónicos, TV en color, calculadora, juego de pantalla, por conducir autos o motos, el deseo de vestir ropas que están a la moda, además de disfrutar de vacaciones placenteras, en sitios concurridos por los grupos de jóvenes acomodados y con la finalidad de gozar al máximo de la vida, debemos concluir que padecen del mismo defecto que critican con sincera ingenuidad; es decir, son materialistas. Como todas estas conductas están motivadas por la finalidad de disfrutar de vacaciones placenteras, en sitios concurridos por los grupos de jóvenes acomodados y con la finalidad de gozar al máximo de la vida, debemos concluir que padecen del mismo defecto que critican con sincera ingenuidad, es decir, son materialistas. Como todas estas conductas están motivadas por la finalidad de disfrutar placenteramente la existencia, resulta que su hedonismo es más desemozado que el adulto, y candorosamente relatado. No hemos observado que se les ocurra siquiera cuestionarse esta filosofía de fondo, que como toda posición de principios influirá tan decisivamente en su vida. Se adhieren a esta creencia con entusiasmo iluso, y sin la cautela de adulto, quien por experiencia entiende que la realidad es dialéctica, en este como en otros aspectos, y acepta la cuota de sufrimiento que le corresponde.

8. Empobrecimiento de la fantasía juvenil.

Se ha descrito como vivencia propia de la edad, a la fantasía pura que se presentaría de los 15 a 17 años, Entregado

en ella el muchacho viviría en la privacidad de su habitación numerosos mundos imaginarios, solazándose y recreándose a voluntad.

En la muestra a la que nos hemos referido y en numerosos adolescentes de diversos estratos económicos sociales encontramos que la fantasía estaba mucho más atenuada que lo esperado y prácticamente todos contestaron que una vida matrimonial cómoda y entretenida era su principal fantasía. En orden de frecuencia, el 50% de las respuestas apuntaron a que ella consistía en realizarse profesionalmente, y algunos de ellos precisaron que en realidad más que fantasía propiamente tal, soñaban con las metas a conseguir. Es pasmoso comprobar que lo gratuito, original y placentero de la fantasía se haya transformado en pensamientos racionales y realistas. Hasta las fantasías sentimentales y sexuales de pareja fantaseadas correspondían bastante a lo que un matrimonio normal realiza.

Entre los escasos muchachos que manifestaron fantasías propiamente tales, el contenido más frecuente de ellas consistía en viajar por diversas partes del mundo y del espacio, en plan de aventuras, o vivir en íntimo contacto con la naturaleza.

A primera impresión, estas observaciones podrían considerarse pesimistas, por el empobrecimiento del mundo fantástico del joven, pero el hecho de que sean realistas abre la esperanza que puedan conseguir vivir con menos errores que nuestra generación.

### 9. El adolescente y el amor.

Investigadores nacionales han señalado con originalidad las etapas críticas por las cuales transcurre el adolescente (3) y que - nuestra opinión - parecieran encerrar distintos grados de aproximación de la pareja, y que permitieran como en un proceso evolutivo llegar a la complementación plena que requeriría la vida matrimonial, proceso que trataremos de ilustrar en las siguientes descripciones.

Los muchachos, a la edad de 12 a 15 años, se sienten súbitamente atraídos por una vecina del barrio o una niña que conocieron en la parroquia, en el colegio o cualquier lugar, la recuerdan permanentemente y sus actividades se acomodan a la posibilidad de observarla, ojalá sin ser vistos. La miran, por ejemplo, a través de las cortinas de las ventanas de su casa y de inmediato se alejan si la niña dirigiera la vista en tal dirección. Intentan precisar las horas en que ella sale de su casa para encontrarse como casualmente, pero sin propósito definido de abordarla, sino más bien el de mirarla y ser vistos, y si los saludan, le conversan trivialidades, sin atreverse a pretenderla. La observan disimuladamente desde la calle a su hogar, pretextando conversar con algún amigo, cuando en realidad se la está espionando. En realidad no hacen nada por acercarse a la niña, y a pesar de estar permanentemente pensando en ella (o él), desean permanecer a distancia y disimular el interés que ella les causa, e incluso hemos observado casos de adolescentes en que la

joven del otro sexo también se siente interesada en el enamorado, a pesar de lo cual esto no se concreta en una relación sentimental formal.

Es habitual que este afecto incipiente lo comiencen con algún amigo de mayor confianza, y excepcionalmente a los padres, si estiman que ellos entienden.

[El encandilamiento dura un período breve, de semanas, hasta 3 ó 4 meses, y después desaparece; puede reaparecer, pero su objeto es ahora otra joven, por lo cual se reproduce la misma situación de antes.]

En realidad, la (o él) joven que han elegido está idealizada, el efecto es ilusionado, y disfrutan de esta vivencia encontrándole agrado así, sin necesidad de establecer relaciones de pareja.

Con posterioridad aparece lo que corresponde al enamoramiento formalizado, etapa de la fascinación caracterizado por el sentimiento de agrado con la compañía del otro, e ir por ejemplo de paseo o salir donde los amigos o una fiesta, y el deseo de ser reconocido oficialmente como la pareja de su amor. Corresponde a la típica imagen de la pareja de adolescentes de 16 - 17 años que caminan tomados de la mano y mirándose a los ojos con expresión de maravillados.

Lo decisivo para ellos es el deseo de ser amados por alguien del otro sexo y poder disfrutar de esta experiencia especial. Es curioso que a pesar de esto prefieran contarle sus problemas personales a otro amigo, en el cual se confían más libremente que con su pareja, y que sólo después de varios meses de amores, no menos de 6 (que ellos consideran un largo plazo), se decidan a hacerlo.

= Uno o dos años después aparece el amor más acabado, ya con los matices que pueden configurar el amor adulto. La pareja disfruta en mutua compañía, el deseo psíquico de unión es intenso y las caricias físicas son frecuentes y apasionadas. Desean compartir el máximo de tiempo posible y confiarse sus problemas, éxitos y aspiraciones, realizando, cuando la relación se va consolidando, futuros de planes de vida en conjunto. =

Sabemos que para los padres y educadores guiar a los jóvenes en la educación de la vida sexual siempre ha sido difícil, pero si adquieren conocimientos adecuados de sexología en todas las dimensiones (aspectos biológicos, psicológicos y antropológicos) y son capaces de enseñarles desde pequeños, con sencillez y dignidad, habrán solucionado el problema. [Pero la educación sentimental es - a nuestro criterio - mucho más difícil aún, porque saber amar y tratar al cónyuge requiere entrar en un universo tan misterioso y diferente como es el alma de la mujer para el hombre, y viceversa. Es una tarea difícil y larga, que necesita de la mayor

sutileza y sensibilidad espiritual de la pareja. El adolescente no aprenderá sólo con explicaciones u órdenes verbales, sino a través de experimentar en su hogar, el modo como se quieren sus padres, cómo se tratan y cómo se enfrentan en conjunto con las dificultades de la existencia, de tal manera que educar a los muchachos obliga a los adultos a reeducarse a sí mismos y perfeccionarse afectivamente, si en realidad desean transmitir una herencia de amor y comprensión a sus hijos.

10. Dificultades para encontrar el lenguaje y técnicas cróticas apropiadas para la conquista.

El deseo de ser atractivo para el otro sexo es posiblemente el interés más importante para el joven, después de su cariño por la familia. Desde que se inicia la etapa de la fascinación, se ven enfrentados a la necesidad de mostrarse atractivos, para esto los adolescentes se preparan, se visten y arreglan imitando al modelo juvenil en boga. Las características del patrón cambian rápidamente cada uno o dos años y en la actualidad impera el estilo deportivo. Todos coinciden en que además de estar a la moda es necesario agregar algún detalle original, tal como un collar, algún adorno o pequeña modificación en el traje. (5)

A los varones les resulta difícil la conquista amorosa y confiesan sus temores, incertidumbres y planes de acción, que revisan una y otra vez. Las niñas en cambio, confían en su atractivo propio del sexo y se sienten bastante más seguras de saber hacerlo - según ellas nos han contado -, su problema consiste en escoger "uno que valga la pena".

El relato textual de un muchacho ejemplifica muy bien las dificultades que encuentran para acercarse y encontrar el lenguaje apropiado:

"A uno le cuesta hablarles a las niñas, yo averiguo qué cosas les gustan y qué cosas no; por ejemplo, les llevo una rosa; si les gustan, lo repito y le pongo cualquier color.(\*). Cuando uno va donde la niña que le gusta, piensa en decirle: "¡Qué bonitos son tus pantalones! Ella me puede responder: "¡Sí, son bonitos!" por ejemplo "¡Sí, me los regaló mi pololo!", (\*\*) allí quedo mal; entonces decido no conversarle de eso. Uno piensa qué le va a decir con cada cosa que le pregunto, pero cuando golpeo la puerta de su casa, se me olvida todo.

"Si ella abre y están tocando un disco, aunque a uno no le guste el disco, dice: ¡Qué bueno el disco! Y así, una vez encaletado, (1\*) me lanzo. (2\*) Claro que me pongo tenso, me

(\*). Color; Entusiasmo.

(\*\*) Pololo: Joven con el cual ha establecido relación de pareja formalizada, pero con menor compromiso que el novio.

sobo las manos y no hallo dónde meterlas, los pies no hallo cómo ponerlos, y si estoy en bicicleta, leseo (3\*) con la bicicleta. Otro problema grave es cómo hablar; uno habla correctamente, sin términos de la onda; uno no le puede decir: "¡Oh, que andas chata!", (4\*) eso es falla mortal, uno habla con cuidado, cambia el tono de voz más pulido; (5\*) después a uno se le olvida y habla más normal; si la niña me interesa, cambio la voz y los términos".

Las niñas también se sienten aporreadas, sólo que en ellas la dificultad adquiere otros matices. Un buen testimonio de esto lo constituye el comentario típico de una muchacha que decía: "Si el niño va a venir en la tarde, uno se pasa arreglando, se peina como 20 veces y se pasa frente al espejo y se cambia el peinado y se echa más y más perfume. Si viene del colegio, llega corriendo y arregla los pantalones o la blusa, y si está con vestido, se sienta derechita para que no se arrugue".

En el afán de presentar la mejor imagen posible, todo acto se les vuelve problema: hasta una invitación a comer, en la casa de la niña, muestra los sufrimientos del alma adolescente para enfrentar esta situación cotidiana. Transcribimos la descripción realizada por un joven, que nos parece excelente testimonio de lo afirmado: "Si a uno lo invitan a tomar once, le entra la duda de todo lo que debe hacer, hasta si tiene que revolver el té, y se fija si los otros lo hacen, y después lo hace uno. Si toca un hot-dog, por ejemplo, uno piensa: "debe estar rico el completo" y le entra apetito, pero piensa en la estética, cómo abrir la boca para que no se caiga. Uno empieza a ponerse nervioso y da un pretexto: "¡Yo tomé once en mi casa!", o bien: "¡Me cae mal el completo!" Pero no despega los ojos de él. Si le insisten, uno empieza a comer todo complicado, de a poquito, por temor a que se caiga un pedazo; después se olvida y vuelve a comer con cuidado. Todos miran y uno todo complicado".

En estas situaciones, la pretendida prefiere no comer y observa angustiada y con disimulo que el muchacho no cometa un error, en cuyo caso ambos quedarán en ridículo y sabe que cuando el invitado se haya ido, sus familiares harán comentarios jocosos respecto al incidente.

Estos relatos son anecdóticos para nosotros los adultos, pero muestran lo difícil que resulta para los muchachos aprender a comportarse, el lenguaje crótico y los modos de seducción. Un hecho muy especial es que suponen que se llega a la conquista a través del correcto ejercicio de ciertas técnicas, tales como saber qué y cómo conversar, cuándo y cómo abordar a la pareja, cómo y cuándo

- (1\*) Encaletado: Encaminado
- (2\*) Lanzo: Continúo
- (3\*) Leseo: Juego
- (4\*) Chata: Deprimida
- (5\*) Pulido: Cuidadoso, refinado

tomarle la mano y cómo acariciarla, cómo ser un buen bailarín, etc., desconociendo que la simpatía natural entre ambos y el trato amable bastan para despertar un sentimiento que les guiará para hacer las cosas.

11. Comportamiento sexual.

El estudio del comportamiento sexual de los adolescentes presenta algunas dificultades, porque disimulan o niegan haber tenido relaciones sexuales, pero relatan lo que ocurre en el grupo al cual pertenecen. Si comparamos su actitud con la de una década atrás, los muchachos actuales abordan el tema con menos reticencia y aparecen - al menos verbalmente - más liberales.

A los jóvenes de liceo de clase media (16 - 18 años) les parecen permisibles las relaciones sexuales en ciertas condiciones. Los varones consideran necesario evitar el embarazo, para lo cual indican el uso de anticonceptivos, y las niñas las aceptan si creen que el noviazgo es formal y terminará en matrimonio. Es curioso que salvo excepciones no lo piensan como un problema de principios morales, sino como una situación pragmática.

También apunta en este sentido el hecho de que en las parejas de jóvenes universitarios que pololean largo tiempo, lo habitual es que tengan vida sexual activa. Sin embargo, prefieren la relación sentimental a la ocasional, que tiene por finalidad el placer de las caricias físicas. A los muchachos que buscan esto último los reconocen porque son amanerados y fanfarrones en sus gestos: "con excesiva confianza en sí mismos, hacen movimientos del cuerpo que son innecesarios"; y las niñas de esta especie se caracterizan porque: "aceptan abrazos de los varones, el vocabulario informal y coquetean".

También nos parece significativo que, a pesar de sus opiniones respecto a lo sexual, al contrapreguntarles a las niñas cómo preferían llegar al matrimonio, vírgenes o con experiencia previa, todas optaron por la virginidad, y los varones reconocieron que en su esposa preferían esa condición.

Nuestra experiencia nos permite suponer que instintivamente la virginidad sigue siendo un valor para la mayoría de la juventud y que verbalizan mayor liberalidad que la practicada realmente.

12. Idealización de la familia.

Desde muy antiguo se ha descrito la tendencia del adolescente para idealizar aspectos de la realidad y por ende a personas. Los medios de comunicación los someten a la presencia audiovisual de figuras populares que con frecuencia no son modelos apropiados para formar una generación. (6) por este motivo, muchos educadores

- (1) Encuestas de opinión
- (2) Encuestas de opinión
- (3) Encuestas de opinión
- (4) Encuestas de opinión
- (5) Encuestas de opinión
- (6) Encuestas de opinión

han temido la influencia que estos medios pudieran tener para fijar sus imágenes en ellos.

De nuestro estudio se deduce que en nuestros adolescentes no hay admiración idealizada por figuras de la TV, cantantes populares, deportistas, al menos en la juventud de liceo y universitaria.

Al solicitarles que mencionen los nombres de las personas del ambiente nacional e internacional que admiren, el nombre que más se repite es el Papa Juan Pablo II (en nuestra encuesta, alrededor del 30% de las respuestas). También aluden con frecuencia parecida a algún profesor del colegio y después, en escasa proporción, a otros deportistas del fútbol, del tenis, del atletismo, pero sin clara preferencia por alguno, y aparecen ocasionalmente los nombres de algunos líderes internacionales. En todo caso, nada que sea claramente significativo.

Pero sí resulta importante destacar que más del 90% de ellos señaló a sus padres como figura admirable; los varones, de preferencia al padre, y las niñas, a la madre. Fue relativamente frecuente que además muchos colocaran por separado a ambos padres o a algún otro familiar.

[Desde otro punto de vista observamos que prácticamente todos manifiestan su agradecimiento por el esfuerzo que realizan los padres para educarlos, a pesar de su visión negativa del mundo adulto y que los consideran autoritarios.] Además, si consideramos que para todos constituye una meta formar un hogar cómodo y una familia armoniosa y con la cual se pueda disfrutar en conjunto, debemos concluir que éste es el ideal actual de los jóvenes. Ellos no aspiran a transformar el mundo ni a las personas, ni a ejecutar acciones importantes, sino que desean la experiencia amorosa de la vida hogareña, en la cual esperan cumplir su realización personal, dentro de posibilidades alcanzables, pero aspirando a una calidad de vida mejor que la lograda por nuestra generación.

El criterio de realidad que manifiestan en este y otros sentidos es lo que tranquiliza y permite mirar con serenidad el futuro de nuestro país, a pesar de las dificultades y exigencias de la vida moderna, abriendo la esperanza promisoriosa de que ellos puedan alcanzar un destino mejor que lo conseguido por otras generaciones.

En resumen, crecimiento y crisis son los fenómenos esenciales de la adolescencia, y se manifiestan en las características anteriormente descritas, que todos debemos conocer en profundidad, para ayudarle a los jóvenes a superar integralmente la crisis; crecer vigorosamente y alcanzar la madurez con plenitud.

RESUMEN

El artículo pretende precisar el concepto y las características psicológicas de la adolescencia en la sociedad chilena actual.

Se esboza el panorama histórico del concepto y se concluye que está determinado por cualidades físicas, psicológicas y sociales.

Se describen los principales rasgos psicológicos de los adolescentes chilenos, tales como la inseguridad latente o desembozada, el oposicionismo habitual, las distimias bruscas, los desánimos inmotivados, los complejos físicos o psicológicos atribuladores, el afán de bromear y reír ante motivos mínimos.

Se destaca su visión del mundo adulto y su filosofía de vida materialista y hedonista, el modo como evolucionan en el amor, sus dificultades para alcanzarlo y su actitud frente al sexo.

Se analizan el apagamiento de la fantasía y el hecho de que sus padres y la vida familiar constituyan sus ideales de vida.

EL ADOLESCENTE, LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA

Dra. Ana María Kaempffer \*

La adolescencia es una etapa de la vida en que ocurren simultáneamente una serie de cambios profundos en lo físico, en lo psicológico, en su enfrentamiento del mundo y de la realidad, en sus relaciones con los adultos, y como corolario, en su comportamiento. Los adultos, a su vez, no logran comprender del todo el por qué de todos los cambios de comportamiento que observan.

El adolescente experimenta un cambio muy radical en relación a su rol social, a su inserción en la sociedad, visualizando aspectos que nunca antes había percibido.

El rol social del niño es un rol bastante limitado; él participa de la cultura de su grupo social en la medida que la recibe de sus padres, muy fundamentalmente de su madre. La absoluta falta de autonomía del niño parece deseable y muchas veces necesaria. El niño tiene que ser obediente porque le conviene. Es obediente porque no sabe ser otra cosa. A él se le aplican las normas familiares con bastante facilidad, él las acepta y las acata.

"A medida que se desarrolla la capacidad de juicio, cosa que empieza a suceder alrededor de la adolescencia, el niño empieza a cuestionar las normas familiares, empieza a pensar por sí mismo, a tratar de tomar decisiones y de enjuiciar los valores de su cultura, a ver cuál va a ser su rol cuando llegue a adulto, dentro de esa comunidad en que se había criado tan felizmente y tan protegido, tan contento de la vida porque todo estaba hecho para él."

---

\* Jefe División Medicina Preventiva y Salud Materno Infantil Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Esta preocupación por el adolescente es más o menos reciente. Se tiene desconfianza y temor a los adolescentes: ¿Qué se traerán? ¿Por qué esta preocupación. Porque estamos asistiendo en este siglo a una cantidad enorme de cambios sociales; ha habido una verdadera revolución en la sociedad y ninguno de nosotros ha sido ajeno a ella.

Cuando las sociedades eran cerradas y aisladas, las normas sociales se generaban dentro de la familia. La familia tenía un set de normas de conducta, esas se generalizaban y toda la sociedad las aceptaba como propias. Entonces no había ninguna dificultad en pasar de las normas que uno había tenido durante la niñez, a las normas que tenía la sociedad a que se pertenecía; eran las mismas, se habían generado por los núcleos familiares y persistían en el grupo social. ¿Qué nos ha pasado ahora?. El mundo se ha desarrollado muy bruscamente. Las normas intrafamiliares ya no son las mismas que hay en la sociedad. Las normas sociales de afuera, las que rigen a los adultos, son en su gran mayoría normas impuestas de culturas que están más lejos que el conjunto de familias que forman una sociedad particular.

Es decir, la sociedad pueblerina de ahora imita o recibe normas que vienen de un estrato más desarrollado. La ciudad pequeña está mirando lo que está pasando en la ciudad grande y el país chico está mirando lo que está pasando en el país grande. Con las facilidades de comunicación que hay en este momento, cada vez más, la norma familiar se ha ido distanciando de la norma de la sociedad; no la norma que está en los decálogos -que son las que nadie cumple- sino lo que la gente está haciendo, con la aceptación de la sociedad.

Entonces, al adolescente actual se le plantea un problema que no se le planteaba al adolescente medieval y, probablemente mucho menos al prehistórico.

Hay poca literatura antigua sobre la adolescencia, y eso es muy sugestivo. Si uno lo piensa, seguramente el hombre prehistórico, cuando estaba en condiciones de cazar ya adquiría todos los roles adultos, y la sociedad, mediante un rito, cualquiera que él fuera, le confería el rol de adulto.

EL ADOLESCENTE EN LA SOCIEDAD MODERNA

Dr. Las Normas Sociales

La adolescencia es una época de la vida en la que ocurren cambios significativos en la conducta y en el comportamiento del individuo. En esta etapa, el individuo se encuentra en un estado de transición entre la niñez y la adultez. Los cambios de comportamiento que ocurren en esta etapa son el resultado de una serie de factores, entre los que se encuentran los cambios físicos, psicológicos y sociales. El individuo experimenta un cambio en su rol social, ya que se involucra en la sociedad y establece relaciones con los demás. Este proceso es un desafío para el individuo, ya que debe aprender a manejar las normas y expectativas de la sociedad. El rol social del individuo es un reflejo de la cultura de su grupo social en la medida que la recibe de sus padres, muy influenciado de su madre. La falta de autonomía del niño puede deberse a muchas causas, como la falta de oportunidades para ser independiente y tomar decisiones. El niño tiene que ser obediente porque lo convienen. Es obediente porque no sabe ser otra cosa. A él se le imponen las normas familiares con bastante facilidad, él las acepta y las sigue. El niño que se desarrolla en una familia con normas rígidas y autoritarias, tiende a ser más obediente y a tener menos autonomía. El niño que se desarrolla en una familia con normas flexibles y democráticas, tiende a ser más independiente y a tener más autonomía. El niño que se desarrolla en una familia con normas inconsistentes, tiende a ser más inseguro y a tener menos autonomía. El niño que se desarrolla en una familia con normas muy rígidas, tiende a ser más rebelde y a tener menos autonomía. El niño que se desarrolla en una familia con normas muy flexibles, tiende a ser más inseguro y a tener menos autonomía. El niño que se desarrolla en una familia con normas muy inconsistentes, tiende a ser más inseguro y a tener menos autonomía. El niño que se desarrolla en una familia con normas muy rígidas y autoritarias, tiende a ser más obediente y a tener menos autonomía. El niño que se desarrolla en una familia con normas flexibles y democráticas, tiende a ser más independiente y a tener más autonomía. El niño que se desarrolla en una familia con normas inconsistentes, tiende a ser más inseguro y a tener menos autonomía. El niño que se desarrolla en una familia con normas muy rígidas, tiende a ser más rebelde y a tener menos autonomía. El niño que se desarrolla en una familia con normas muy flexibles, tiende a ser más inseguro y a tener menos autonomía. El niño que se desarrolla en una familia con normas muy inconsistentes, tiende a ser más inseguro y a tener menos autonomía.

Salud Pública Facultad de Medicina, Universidad de Chile. \* Instituto de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Chile.

Esta presunción por el adolecente es una  
 o menos realista. Se tiene desconfianza y temor a los adolecentes;  
 que se presuma por que esta presunción. Formas algunas adolecentes  
 de en este siglo a las conductas nuevas de conductas sociales ha habido  
 una verdadera revolución en la sociedad y algunas de nosotros ha sido  
 ajeno a ellas.

Cuando las adolecentes eran cercadas y aisladas  
 las, las normas sociales se generaban dentro de la familia. La familia  
 tenía un set de normas de conductas, con se generalizadas y toda la so-  
 ciedad las aceptaba como propias. Entonces no había ninguna dificultad  
 en pasar de las normas que una familia tenía cuando la familia a las nor-  
 mas que tenía la sociedad a que se pertenecía. En las mismas, se ha-  
 bía generado por los mismos familiares y pertenecía en el grupo so-  
 cial. Qué nos ha pasado ahora? El mundo se ha desarrollado muy rápido  
 cuando. Las normas familiares ya no son las mismas que hoy en la  
 sociedad. Las normas sociales de ahora, las que rigen a las adolecentes,  
 son un gran mayoría normas impuestas de adolecentes que están más lejos  
 que el conjunto de familias que forman una sociedad particular.

Es decir, la sociedad particular de ahora  
 tiene o recibe normas que vienen de un exterior más desarrollado. La  
 libertad personal está creciendo lo que está pasando en la ciudad grande y  
 el país chico está creciendo lo que está pasando en el país grande. Con  
 las facilidades de comunicación que hoy en este mundo, cada vez más,  
 la norma familiar se ha ido distanciando de la norma de la sociedad.  
 En la norma que está en los adolecentes que son las que están en-  
 tando lo que la gente está haciendo, con la aceptación de la sociedad.  
 Entonces, el adolecente actual es el país  
 que se produce que no se le plantea al adolecente adolecente, que  
 solamente mucho menos la presunción.

Hay poca literatura antigua sobre la adole-  
 cencia, y eso es muy negativo. El mundo lo tiene, seguramente el mun-  
 do prehistórico, cuando estaba en condiciones de caza y recolección y  
 con los roles sociales y la sociedad, cuando en tipo, cualquier que  
 el tema, se centra el rol de adolecente.

Si revisamos la literatura, las grandes he-  
 roínas de Sheakespeare eran bastante jóvenes; la más representativa del  
 amor adulto es Julieta, que en la noche de los hechos estaba cumpliendo  
 15 años. Las abuelitas nuestras se casaban a los 16 años y nadie se ex-  
 trañaba.

Desde el punto de vista social, el niño ad-  
 quiriría bruscamente una cantidad de deberes y derechos adultos, que ha-  
 cían que no tuvieran que esperar con ansias, el momento en que iba a  
 "ser grande". Es una característica muy propia del adolecente tratar  
 de declarar más edad que la que tiene.

Hay un cambio importante en la sociedad  
 nuestra que hace que la vida del adolecente actual sea mucho más com-  
 plexa y su inserción en el medio social mucho más difícil. La norma in-  
 fantil, que es la norma familiar difiere mucho de la norma del mundo  
 adulto que a su vez, difiere mucho de las normas familiares. Es un pro-  
 ceso doloroso y complicado; uno tiene siempre muy presente lo que los  
 adultos pensamos de las conductas, de los adolecentes, pero no se tie-  
 ne muy presente lo que al niño le está costando llegar a ser un adulto  
 sin sufrir demasiado. Si uno mira para atrás, piensa que hay una etapa  
 de la vida que no volvería a vivir, que es la adolescencia, con todas  
 sus incertidumbres, con la eterna pregunta ¿Quién soy yo? ¿Para qué vi-  
 vo yo? ¿A dónde voy a llegar yo en este mundo?.

Estos cambios sociales, los más manifiestos,  
 están en toda la literatura actual. El primero de ellos es la migración.  
 Hay una migración intensiva. Nuestra sociedad de comienzos de siglo era  
 mayoritariamente rural; 60-65% de la población vivía en condición rural,  
 con un sistema social muy cerrado, de tipo autoritario, en que el adole-  
 cente no tenía mayores problemas porque tenía un conjunto de normas comu-  
 nes muy definidas. Se ha producido un movimiento migratorio muy intenso  
 del campo a la ciudad pequeña, de ésta a la ciudad grande y de ella a la  
 capital. Se produce entonces el fenómeno latinoamericano más o menos tí-  
 pico; se habla de la gran capital y el interior. El campo se ha tecnifi-  
 cado y está rechazando mano de obra. (Ya el campo no necesita tanta gen-  
 te como cuando los cultivos eran poco mecanizados. La ciudad tiene un

atractivo muy especial porque hay oportunidades de trabajo, o así lo supone la gente que emigra; hay oportunidades educacionales que no ofrece el campo. La educación pasó de ser un privilegio de los ricos, a un derecho y de un derecho a una obligación. En este momento la educación es casi siempre una obligación si uno quiere "ser alguien". Yo creo que los mismos niños lo perciben con mucha claridad. Hay que formarse para ser alguien, como si ser alguien fuera éxito material. La falta de conocimiento es una traba para el estilo de vida industrializado occidental que requiere de gente con niveles de educación cada vez mayor. Piensen Uds. que un campesino chileno moderno tiene que dominar por lo menos los elementos básicos de inglés. Debe saber lo que es "stop" y lo que es "on", "off", porque si no, echa a perder la máquina, o la hace andar hacia atrás.

Las migraciones han tenido una serie de efectos sobre la sociedad, la familia, los valores. Los valores culturales de la sociedad agraria son muy distintos a los de la sociedad industrial. La sociedad industrial típica se caracteriza porque tú eres más en cuanto más éxito tengas y el éxito se mide en bienes materiales, en status y en posición. En las sociedades agrarias uno podía ser importante si tenía grandes condiciones morales, si era un individuo intachable, el espejo donde todos se miraban, el individuo que daba consejos. Ello formaba parte de un patrón cultural y de una serie de valores que pertenece a un modo de vivir que, probablemente, nosotros no vamos a recuperar.

La industrialización es irreversible porque se va retroalimentando a sí misma; se calcula que una sociedad actual duplica, en 15 años, toda su producción de tecnología, así es que un niño que nace hoy, nace con x tecnología, en 15 años más va a conocer 2 x tecnología y cuando tenga 30 años va a haber cuadruplicado su acceso a cosas nuevas. Esto se ha producido a una velocidad increíble en los últimos 50 años. Los que se socializaron cuando las tecnologías eran pocas, no están en condiciones de absorber todo lo que se produce. Los adolescentes están conscientes de que eso es así. A uno le preguntan

a veces : "¿Así es que había radio cuando tu nacieste?", como extrañándose que un ser tan vetusto haya conocido algo que todavía existe.

Las migraciones han producido una serie de efectos en la conducta social, en la conducta familiar, en el conjunto de normas que tiene la sociedad, que hacen que, en un momento determinado se ubiquen en la línea del tiempo dos seres humanos que están totalmente separados en términos del medio en que se socializaron. El que se socializó todavía con las normas familiares, se encuentra en su casa, al lado de un ser que socializó 25 o 26 años después y los dos están asistiendo, desde un punto de vista distinto, a todo lo que está pasando; cada uno lo mira con su prisma. El adulto piensa ;Qué espanto es todo esto!. El joven, en cambio, se pregunta ¿Cuánto más irá a pasar?. El niño está en mejores condiciones para adaptarse a los cambios; está dispuesto a que le ocurra todo. Empieza, entonces, a salirse de la norma familiar que es muy seria y muy categórica. Sale, y se encuentra que afuera hay otras normas que a veces chocan violentamente con la norma familiar. Uno lo percibe en los estudiantes universitarios versus estudiantes de enseñanza media. Entre ellos ya existe una cierta distancia en la percepción de las cosas. Lo que para una lola de 17 años actual, es bueno, permisible o tolerable, para un muchacho que ahora tiene 24 años, es por lo menos, sorprendente o criticable. Esto porque las disociaciones se producen muy rápidamente en el tiempo, en lo que respecta a normas. Hay un punto de conflicto: al adolescente se le aplican por un lado y en forma simultánea, normas familiares de tipo infantil y normas de tipo adulto que rigen en la sociedad. Yo diría que el conflicto es inevitable. El hecho de que un adolescente sea conflictivo en el interior de su casa, por existir incompatibilidad entre las normas familiares y las que el trae de fuera, el lógico, normal y esperable. Lo que tiene que hacer la familia y la sociedad, es tomar conciencia de que el conflicto es más o menos inescapable, pero es a la vez superable. No se trata de decir que "esta niñita con estas cosas que hace se va a convertir en cualquier cosa" o "este otro se va a convertir en un delincuente". Hay que tener conciencia de la transitoriedad del período y que, en algún momento, el ado-

lescente va a regir su conducta en un 100% por normas adultas. Lo curioso es que después, los adultos rescatan todas las que se parecen a las normas familiares con las cuales se criaron. Es increíble ver como a la larga se parecen las hijas a sus madres y como muchas hijas que estuvieron en franca rebelión no pueden vivir sin llamar todos los días por teléfono a su mamá; como los hijos copian incluso la especialidad del padre. Si es que el padre y la madre lo socializaron adecuadamente, como adulto perdona y comprende todas las rigideces que tuvo su educación cuando era niño, las veces que le dijeron que no, que lo dejaron sin salir. Todo esto está condicionado por una premisa fundamental que es que haya amor, por conflictivo que sea el niño, por difícil que parezca en el momento en que está poniendo la norma que él trae en contra de la norma que la familia tiene. 'Si el niño sabe y siente que detrás de todo eso hay amor, va a pasar con bastante facilidad los momentos conflictivos.' Creo que muy pocos adultos recuerdan con verdadero desagrado algunos de los conflictos hogareños que experimentó; pocos abandonan la casa o tienen una conducta realmente desadaptativa en relación al choque generacional que es lógico que exista, porque tenemos distintos prismas para ver las cosas a distintas edades de la vida.

Se han producido, además, cambios en la educación. En este momento el individuo sabe que mientras mejor calificado esté en términos educacionales, mejores perspectivas tiene de entrar en el mundo laboral, que está cada vez más difícil. Hay un mundo competitivo que empieza ya en el jardín infantil. Se produce como una neurosis en los papás por el exitismo del hijo: "Ud. tiene que ser el mejor porque Ud. tiene que ser alguien en la vida". A lo mejor el chiquillo iba a "ser alguien" de otra manera, pero nosotros le imponemos tareas: "Ud. no va a ser un cualquiera", "Ud. no va a ser un don nadie". Yo pienso que nadie es un cualquiera, siempre le importamos a alguien y eso es suficiente para ser alguien. Sin embargo, existe esa típica norma industrializada y probablemente importada. Los padres han fracasado cuando el hijo saca 400 puntos en la Prueba de Aptitud Acadé-

mica y se sienten triunfadores cuando saca 800, como que han cumplido en gran forma, cuando en realidad el que está haciendo todo es el niño.)

Los cambios en la Educación ha hecho a ésta compulsiva. El número de competidores para las posiciones deseables en la sociedad es cada vez mayor; la educación, entonces, se ha vuelto utilitaria: el individuo espera que la educación le "sirva para algo", no el placer de estar mejor equipado para entender el mundo, si no para competir. Uno ve esta competencia cuando los alumnos del colegio y la Universidad se preocupan mucho más de que les pongan la segunda décima a una nota, que de saber si aprendió correctamente o no. Yo pienso que esa es una distorsión que no viene del interior del niño si no viene de fuera. El sistema está conectado con lo que está pasando en la Economía. El adolescente está enfrentando en este momento un camino difícil de inserción en la fuerza laboral. Si se examinan las estadísticas de desocupación se puede apreciar que ésta está centrada en el grupo joven de la fuerza laboral. Cuando la vida era más corta, la gente no alcanzaba ni a jubilar; en este momento, en que se ha prolongado la expectativa de vida, nos resistimos a dejar de trabajar. Se produce un bloqueo de entrada a los sistemas laborales. La jubilación se ha establecido a los 65 años para los hombres y 60 años para las mujeres. Esto trae consecuencias para el grupo joven.

Examinemos otros cambios. Las sociedades más o menos cerradas tienen culturas muy diferenciadas, muy particulares de ellas. Los antropólogos identifican una cultura diaguita, chincha u otra, por los cacharros que hacían, las armas o adornos que tenían. Esto se ha ido perdiendo. En este momento estamos teniendo a culturas muy uniformes; todos queremos parecernos, estamos perdiendo identidad cultural. Se considera deseable portarse como los norteamericanos o los franceses o alemanes, pero a lo mejor ya no hay una manera de portarse como talquino, por ejemplo. Las culturas se están uniformando y los adolescentes de diferentes lugares probablemente se están pareciendo en este momento más de lo que se parecían antes. En esta uniformación de la cultura, sucede algo curioso: el interés por la

adolescencia se ha centrado clásicamente en el adolescente de clase media o clase media alta. La literatura en relación al adolescente marginal es escasísima. Es probable, dicen algunos, que el adolescente marginal de extrema pobreza y el adolescente rural, están como desconectados del sistema social. Están luchando junto con sus mayores por la supervivencia.

A todo este cuadro de cambios se ha venido a agregar la influencia de medios de comunicación. La televisión nos informa directamente desde el lugar de los hechos. ¿A qué señora de principios de siglo se le iba a ocurrir en la mejor de sus fantasías, que iba a ver un hombre caminando en la luna?. Esta fuerza que tiene la televisión y los demás medios de comunicación masiva, ha hecho que sea más fácil uniformar las culturas. Conozco mucha gente que llega a la casa y enciende el televisor sin saber siquiera lo que va a ver. Ese aparatito llamado televisor trae una cantidad enorme de contenidos culturales que nosotros adaptamos, copiamos o simplemente transportamos sin hacer ningún cambio. Como no esperar, entonces, que el adolescente actual esté mucho más complicado en la vida que lo que estaba el adolescente antiguo.

Creo que sería ilusorio esperar que el adolescente actual sea un ser tranquilo y sin problemas. La televisión nos muestra en un noticiero la destrucción humana en el Líbano; cambiamos canal para ver cosas agradables y encontramos violencia en Centroamérica; en otro canal se pretende entretener mostrando violencia, y así queremos que los adolescentes estén tranquilos y felices.

Los adultos echamos a caminar a los adolescentes buscando camino donde no hay camino. Se ha definido la adolescencia como el período de transición que va desde la infancia dependiente a la edad adulta autosuficiente. Una excelente definición para ponerla en una prueba. Pero, nosotros los adultos creamos problemas. Hay definiciones legales que son realmente esquizofrénicas en relación a lo que es ser mayor: una para casarse, otra para heredar, para ir a la cárcel; la ley laboral establece que se puede trabajar

desde los 15 años en una empresa familiar, pero no se puede sindicalizar hasta los 18; en el área de salud el programa del niño y el adolescente considera la edad hasta los 18 años; sin embargo en la realidad es hasta los 15 años. Desde los 18 años se considera adulto; si se tiene entre 15 y 17 años, es mejor que no enfermar porque no se pertenece a ningún programa. Esto es un problema serio. No hay recursos oficiales asignados a la atención de adolescentes y los que se están ocupando, están restando recursos al programa infantil o a otros. Pediatras, médicos de adultos, psiquiatras están reuniendo recursos como pueden, para satisfacer esta necesidad. En materia de salud mental hay un vacío enorme, en lo preventivo y asistencial. Así las cosas, empezamos a definir al adolescente y cada uno lo hace como le parece. Deberíamos proceder con uniformidad de criterio.

La duración de la adolescencia en las sociedades industrializadas, se está prolongando cada vez más y no es probable que se acorte, por las necesidades de tecnificación. Estamos asistiendo a una adolescencia muy larga que se junta con un proceso de mayor precocidad en la maduración biológica, psicológica e intelectual por la cantidad y variedad de estímulos que recibe el niño. Hay una discordancia entre la madurez biológica y la madurez social. La tarea social del adolescente es independizarse de la familia. El final de la adolescencia deberá ser la separación armoniosa del tronco familiar.

(La normativa discordante, en que al mismo tiempo se aplican al adolescente normas infantiles y de tipo adulto, lo pone en situación de conflicto.) La norma infantil se aplica normalmente en el área de los deberes y la normativa de los adultos se aplica al área de los derechos. La normativa de tipo infantil es la que ocurre dentro de la casa; en ella se recargan muchos los deberes y se olvidan más o menos olímpicamente los derechos. En el documento del Doctor Palavicini se incluye un ejemplo muy claro: el niño que no puede manejar el auto, a título personal, pero sí lo puede manejar a título de chofer de la mamá. El mismo niño, el mismo auto, los mis-

mos reflejos, las mismas neuronas trabajando. Este no es un ejemplo rebuscado, es una situación que ocurre todos los días. Yo creo que aplicarle normas de tipo infantil al adolescente, que uno ve todavía niño, es algo instintivo. Al adolescente le hacemos una serie interminable de críticas: "¿Qué horas son estas de llegar?", "¿Por qué se pinta tanto?", "Me cargan tus amigos ". Solo cosas negativas. Cuantos de nosotros tenemos el pecado de habernos callado un elogio: "Que bien se ve"; "que bien lo hizo", "estoy orgullosa de Ud." ¿Cómo puede, entonces, el adolescente forjarse una imagen positiva de sí mismo?: con otros iguales a él que están percibiendo la realidad con su mismo prisma, desde el mismo punto en la línea del tiempo, que tienen "un pensamiento moderno". Los adolescentes necesitan de un grupo, de lo contrario su autoimagen se ve bastante deteriorada, piensa que es un inútil, un desconsiderado, desordenado, patán. El grupo le sirve para fabricarse una imagen positiva de si mismo, y para mantener su autoestima lo que es extraordinariamente importante.

El muchacho siente mucha desorientación frente al futuro, frente al trabajo y a la posibilidad de formar una familia.

El Doctor Roa, afirma que el hombre tiene cuatro tareas fundamentales en la vida, y que todo lo demás que hace, lo hace alrededor de esas 4 funciones. Estas son: nacer, encontrar vocación de trabajo, encontrar pareja y morir. En el nacer y en el morir uno no tiene ninguna ingerencia (a menos que se suicide). En la búsqueda de trabajo, orientación vocacional y elección de pareja, en la familia patriarcal, era ésta la encargada de tomar la decisión. En preferencias, la familia burguesa tenía un orden de prioridad: primero abogado, segundo militar, tercero médico y cuarto sacerdote. Para las niñas, aprender a bordar, aprender francés, esperar con quien casarse. Así todo resultaba bien fácil. Todo estaba resuelto, decidido. Ahora, en cambio el adolescente tiene a cargo esas dos tareas, la de elegir vocación y elegir pareja. Son decisiones que se le han tras pasado pero para las cuales no se le han preparado. Uno puede obser-

var una tremenda crisis motivacional; estudiantes universitarios que de repente se cambian de una carrera a otra, que no tienen nada que ver entre sí. Los consejos que los padres pudieran dar son solamente puntos de referencia, pues ellos se socializaron en otra época muy diferente. El aumento evidente de las relaciones sexuales prematrimoniales, de la paternidad precoz ilegítima, desde el punto de vista de los derechos del niño que va a nacer, es un problema que existe y que habría que estudiar en mayor profundidad.

El hecho que los adolescentes estén sujetos a doble control y doble normativa, trae como consecuencia lógica la rebeldía. Es lógico que uno se rebele cuando le están poniendo dos reglas de juego distintas. Los adolescentes desarrollan una gran rebeldía frente al trato ambivalente. La importancia del grupo hace que el niño obedezca bastante ciegamente las normas grupales y al líder. A esa edad se es capaz de pasar por encima de las propias convicciones, para no perder la aceptación del grupo. Es ahí donde los adolescentes tienen su referencia de normas extrafamiliares. Cuando el líder es malo, puede inducir delincuencia, drogadicción, embarazos precoces, lo que da una imagen negativa bastante espectacular. Pienso sin embargo, que esto no corresponde a una realidad cuantitativa, sino solamente refleja a aquellos que tienen conductas desadaptativas.

Los adolescentes entre 10 y 19 años son el 22% la población chilena, es decir cerca de 2.1/2 millones. Pero resulta que son grupos pequeños los que hacen noticia. Dos millones y medio no hacen noticia, están allí estudiando, preparándose lo mejor posible y nadie los nota. Esto es igual que cuando estamos sanos, no nos damos cuenta hasta que estamos enfermos. Decir que todos los adolescentes son problema es una injusticia. Las conductas indeseables dependen un poco del líder de grupo. La obligación de los adultos es velar porque los grupos tengan líderes positivos, y de éstos hay muchos, con ganas de servir, de aprender, de formarse. Recuerden Uds. que el censo del año 1982 lo hicieron los adolescentes chilenos y fué notable la responsabilidad con que cumplieron su tarea.

... que se aprende en la escuela...  
 ... los muchachos conforman lo que llamamos  
 "cultura juvenil". Inventan su propio lenguaje y nosotros los adul-  
 tos se lo copiamos. Enseguida ellos cambian sus términos. Entonces,  
 cuando el niño quiere volver al lenguaje de sus mayores, a ese hermo  
 so castellano ¿dónde lo encuentra?: en ninguna parte, porque los adul  
 tos hemos caído en la trampa de hablar como ellos por querer ser jó  
 venes. Les copiamos, además, la forma en que se visten, en que se  
 movilizan. No sabemos envejecer, ni tener orgullo de la experiencia  
 que nos da el ser viejos. Con frecuencia el adulto de edad madura  
 utiliza ropas o adornos que van bien con un adolescente, pero que  
 hacen ver ridículo al individuo de cierta edad.

Creo que cometemos un error al asustar-  
 nos y angustiarnos demasiado por los conflictos que habitualmente se  
 producen en la adolescencia. Es todo un proceso, que uno debe cono  
 cer. Pienso que hay mucho desconocimiento al respecto.

El adolescente y la familia: Lo mismo  
 que ha pasado con la sociedad moderna ha pasado con la familia. La  
 familia se ha transformado en forma bastante importante. Los lazos  
 emocionales del adolescente con su familia se han ido debilitando.  
 La familia tradicional era del tipo patriarcal, familia extensa en  
 que convivían dos o tres generaciones. Todo lo que sucedía en la  
 familia se manejaba centralizadamente; el jefe de la familia era el  
 hombre más viejo o su viuda. Esa era la familia que recurría funda  
 mentalmente a las influencias, al amigo, al pariente, porque era su  
 obligación ubicar a la gente joven en el status social que le corres  
 pondiera a esa familia. El adolescente, entonces, tenía mucho menos  
 capacidad de decisión, menor independencia, tenía que hacer lo que  
 dijera el jefe de familia; pero al mismo tiempo tenía más seguridad.

La migración a las ciudades, la industria  
 lización fueron modificando esta familia. Pasamos a la familia nu-

... que se aprende en la escuela...  
 ... los muchachos conforman lo que llamamos  
 "cultura juvenil". Inventan su propio lenguaje y nosotros los adul-  
 tos se lo copiamos. Enseguida ellos cambian sus términos. Entonces,  
 cuando el niño quiere volver al lenguaje de sus mayores, a ese hermo  
 so castellano ¿dónde lo encuentra?: en ninguna parte, porque los adul  
 tos hemos caído en la trampa de hablar como ellos por querer ser jó  
 venes. Les copiamos, además, la forma en que se visten, en que se  
 movilizan. No sabemos envejecer, ni tener orgullo de la experiencia  
 que nos da el ser viejos. Con frecuencia el adulto de edad madura  
 utiliza ropas o adornos que van bien con un adolescente, pero que  
 hacen ver ridículo al individuo de cierta edad.

Creo que cometemos un error al asustar-  
 nos y angustiarnos demasiado por los conflictos que habitualmente se  
 producen en la adolescencia. Es todo un proceso, que uno debe cono  
 cer. Pienso que hay mucho desconocimiento al respecto.

El adolescente y la familia: Lo mismo  
 que ha pasado con la sociedad moderna ha pasado con la familia. La  
 familia se ha transformado en forma bastante importante. Los lazos  
 emocionales del adolescente con su familia se han ido debilitando.  
 La familia tradicional era del tipo patriarcal, familia extensa en  
 que convivían dos o tres generaciones. Todo lo que sucedía en la  
 familia se manejaba centralizadamente; el jefe de la familia era el  
 hombre más viejo o su viuda. Esa era la familia que recurría funda  
 mentalmente a las influencias, al amigo, al pariente, porque era su  
 obligación ubicar a la gente joven en el status social que le corres  
 pondiera a esa familia. El adolescente, entonces, tenía mucho menos  
 capacidad de decisión, menor independencia, tenía que hacer lo que  
 dijera el jefe de familia; pero al mismo tiempo tenía más seguridad.

La migración a las ciudades, la industria  
 lización fueron modificando esta familia. Pasamos a la familia nu-

clear corta, constituída por los padres y sus hijos. Incluso, en el momento actual muchas familias nucleares están constituídas solamente por una pareja de viejos que vive independiente de los hijos y sin ninguna ingerencia en lo que los hijos hacen.

La familia ha cambiado muy drásticamente, al igual que los roles dentro de ella. El patriarca ya no es nadie, el rol de los viejos ha disminuído; el rol respetable del abuelo, al cual había que pedirle permiso, ha desaparecido. El adolescente no tiene en este momento una visión muy clara del papel que tienen los viejos en la sociedad. En la familia tradicional el viejo era un ser privilegiado y respetado. Ha cambiado también el rol de la mujer en lo que va corrido del siglo. Para una mujer que nació en 1.900, habría sido muy sorprendente la asistencia femenina que hay en este se minario; cuando una mujer estaba haciendo otra cosa que no fueran las tareas del hogar, era duramente criticada. En la actualidad, la mujer se ha visto estimulada, y a veces compelida a participar en el proceso económico. Las actuales necesidades sociales hacen necesario que haya dos ingresos para cubrir las necesidades crecientes de los grupos familiares.

Este cambio en la familia, donde ya no hay mucha fuente de consejo y decisión, influye de manera distinta en sus integrantes. En una familia tradicional, había siempre tres o cuatro mujeres que hacían las cosas de la casa, aparte del servicio doméstico; había un mundo femenino muy protector alrededor de los niños. En este momento los niños casi se las arreglan solos. En algunos países les dan llave de la casa y cuando vuelven del colegio abren el refrigerador, sacan una cosa que está congelada, lo ponen en el microonda y en cinco minutos almuerzan. Ahí no hubo na die que se hubiera preocupado de cocinar los alimentos, a gusto de cada uno. El alimento industrializado ahorra trabajo, pero trae otro problemas, ligados a hechos afectivos. No se practica lo afec tivo que tiene el cocinar para los suyos, arreglar flores, preocuparse del aspecto que tiene la casa. La casa se arregla ahora con

cosas funcionales, fáciles de limpiar, que no den mucho trabajo; se adorna con flores artificiales; compramos comida prefabricada para simplificarnos la vida. A lo mejor tanto simplificarse la vida no es bueno: la vida no es simple. Tal vez habría que mantener algunas de las complicaciones -vo no digo que hagamos el guiso favorito de alguien todos los días-, pero de tanto en tanto es bueno hacerlo.

Los roles autoritarios de los padres se han debilitado, porque la disciplina requiere de una presencia más o menos permanente. Si no se está nunca ¿quién va a disciplinar?.

El rol de la cocina lo reemplazamos con el alimento preparado, el rol de socialización del niño lo reemplazamos más o menos bien con el jardín infantil; el rol de educar lo reemplazamos por el sistema escolar, pero hay roles que no podemos reemplazar: el apoyo emocional. Creo que la ausencia de éste es la tragedia de la familia actual. La persistencia del contacto, que es lo que podría ayudar a mantener el apoyo emocional, ha disminuído. Actuamos con nuestras normas sociales: los niños deben ser de determinada manera. Pero las normas de crianza que queremos aplicar son las que nosotros adquirimos con una madre que estaba allí todo el día, un padre que venía a almorzar y que llegaba más o menos a la hora del té. Estas normas no son aplicables cuando la madre sale a las 8 de la mañana y vuelve a las 7 de la tarde.

Las funciones de la familia, en la esfera reproductiva se siguen cumpliendo; en la protección económica encontramos algunos reemplazos, no muy malos, para los roles de proveedor que ya no se pueden cumplir bien sólo por el hombre dentro de la familia. El rol de socialización del preescolar en la familia corta no se puede cumplir: el preescolar se cría entre adultos, sin ningún contacto con seres iguales a él en imaginación, en productividad.

Se necesita de otros preescolares, que interactúen y lo corrijan es tán trasgrediendo las normas. El jardín infantil está ayudando a la familia corta en ese sentido. En las familias extensas, uno podía elegir, incluso entre sus primos, con quién jugar cada día; los niños de ahora no tienen eso, apenas un amiguito del barrio.

El apoyo emocional que el adolescente ne cesita no hay quien se lo dé, porque la ligazón afectiva con los miembros del grupo es transitoria y débil. El siempre espera el apoyo emocional de su familia, de sus padres. Es importante reflexionar sobre las necesidades de expresión del afecto. Uno piensa; "por Dios que quiero a mis hijos"; pero los niños pueden no tener idea de que uno los quiere tanto. Hay que desarrollar una afectividad expresiva aunque sea en una sonrisa, un contacto, un estímulo y no conformarse con satisfacer solamente las necesidades materiales de los hijos. El niño que sufra el rechazo de los adultos, o de sus iguales, que está sólo, que no encuentra el diálogo, que no es popular, no tiene posibilidad de tener una niñez feliz y llegar a ser un adolescente normal.

vcr.-

TRASCENDENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL  
EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.  
ROL DE LA ATENCION PRIMARIA EN LA DETECCION Y PREVENCION  
DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.

Dr. Isidoro Pasmanik. \*

Después de la muy brillante exposición del Dr. Pallavicini, desgraciadamente muy breve, porque nos habría a todos gustado mucho seguir escuchándolo, vamos a tratar, en forma muy breve, de resumir un problema que tiene una trascendencia cada vez mayor: las enfermedades de transmisión sexual. Primero, poner al día este problema que en los últimos 30 años ha cambiado no solo de nombre, sino también la gama de la patología que está cubriendo.

Hace 30 años atrás hablábamos de enfermedades venéreas - enfermedades provenientes de Venus, en las cuales había cinco enfermedades básicas: sífilis, gonorrea, enfermedad de Nicolás Favre, chancro blando y granuloma inguinal. Esas eran las cinco enfermedades clásicas; formaban parte del espectro de la dermatología clínica y representaban un problema de salud pública conocido desde la antigüedad y que solamente desde el año 1943, con el descubrimiento de la penicilina y su acción sobre la sífilis, podemos decir que entra en una etapa científica. Estamos recién a 40 años de una medicina científica, útil terapéuticamente en esta patología. Pero en estos 30 años, estas enfermedades cambiaron de nombre, se llamaron enfermedades de transmisión sexual, para poner énfasis en el mecanismo de contagio de esta patología. Junto con ello, empezaron a sumársele nuevas patologías de carácter viral, microbiano, micótico o bacteriano de distinto tipo, hasta constituir en este momento más o menos 35 enfermedades distintas, y si le agregamos un nuevo síndrome

\* Profesor de Dermatología. División Ciencias Médicas Occidente.  
Facultad de Medicina Universidad de Chile.

me aparecido en 1979, que se llama el síndrome de inmuno deficiencia adquirida, que está alcanzando caracteres cada vez más epidémicos en el mundo, tendríamos 36 enfermedades de transmisión sexual en que, además de la problemática de los gérmenes que las producen, tenemos la problemática de la inmunología.

Todo esto nos obliga en este momento a reconsiderar este problema, partiendo de que cierto grupo de enfermedades afecta al cien por ciento de la población. Debiéramos dejar de hablar de enfermedades de transmisión sexual, para hablar de enfermedades de trascendencia social. Uds. comprenden, uno solo de los problemas de este momento: el virus del herpes simple ha emergido como una patología de gran trascendencia porque se ha visto con una importancia estadísticamente significativa, en el cáncer cérvico-uterino de la mujer. Si vemos la trascendencia que está teniendo el virus del herpes simple en la mortalidad perinatal y si partimos de la base que los estudios serológicos hechos en recién nacidos, muestran que a los 9 días de nacidos, el 100% de las personas presentan anticuerpos frente al virus del herpes simple I o II, nos encontramos que esta patología, por lo menos la del herpes simple, afecta al 100% de la población.

La importancia del mecanismo de transmisión sexual es de tan cuantía, que ya no basta la promiscuidad sino solamente el contacto sexual para tener una patología como la tricomoniasis, la candidiasis. Nuevos aspectos complican la cosa de tal manera que se ha creado una nueva sub especialidad, que se llama infectología. No solo está el cambio en los hábitos, sino también las costumbres aceptadas como normales en este momento. Los gérmenes se enfrentan a nuevas condiciones. Gérmenes que durante siglos se han ido adaptando a determinados parénquimas se encuentran con nuevos parénquimas a los cuales acudir y a los cuales parasitar. Así el grupo de los neumococos estaban normalmente adaptados al pulmón, los meningococos adaptados a las meninges, el gonococo adaptando a la mucosa uretral. En este momento, gérmenes como el gonococo tiene que adaptarse a la mucosa faríngea y nos encontramos con una patología muy suigeneris en que se puede diagnosticar gonococia fa-

... que se llama el síndrome de Reiter...  
... que se llama el síndrome de Reiter...  
... que se llama el síndrome de Reiter...

Todo esto nos obliga a tener en cuenta...  
... que se llama el síndrome de Reiter...  
... que se llama el síndrome de Reiter...  
... que se llama el síndrome de Reiter...

La importancia del mecanismo de transmisión...  
... que se llama el síndrome de Reiter...  
... que se llama el síndrome de Reiter...  
... que se llama el síndrome de Reiter...

ringea o genococia rectal, que es asintomática. El germen está presente, es contagioso. Si observamos contagio de uretritis gonocócica masiva de contagio de faringe, estamos teniendo una neopatología. Tenemos en este momento, parásitos del tipo ameba que compromete normalmente la mucosa rectal y que compromete ahora la mucosa uretral. Tenemos entonces, que toda esta nueva patología de gérmenes que se encuentran en nuevas ubicaciones. Esto complica no solo la bacteriología, sino también el mecanismo de transmisión, que no es siempre 100% sexual. Tenemos patología como la tricomoniasis que se presenta también en mujeres vírgenes o se presenta también dentro del matrimonio. Nace aquí una nueva conceptualidad desde el punto de vista terapéutico. Ninguna de estas patologías, del grupo que vamos a revisar ahora se puede tratar como una patología individual. No es la enfermedad del paciente, es la enfermedad del paciente y sus contactos. Ningún ginecólogo, en este momento, haría un tratamiento sin tratar simultáneamente al cónyuge o al contacto sexual que el pudiera tener. El mecanismo no es solamente la promiscuidad, sino el hecho de la convivencia con otras personas.

Todas estas patologías - y nosotros tenemos en este momento en Chile un brote endémico que se llama sarna, que provoca una gran molestia, no deja dormir, que cuando se complica y se infecta, es la segunda causa de glomerulonefritis isquémica difusa aguda; como todas las enfermedades de este grupo, en si misma no tiene importancia ni tiene trascendencia. Tener una sífilis, una gonorrea o herpes simple, no tiene importancia ni tiene trascendencia, o cura espontáneamente o la curamos terapéuticamente. Tenemos prácticamente para todos ellos, la más espectacular terapéutica que hayamos dispuesto en medicina y, sin embargo a pesar de la espectacular terapéutica tenemos una epidemia en el mundo entero, porque este es un fenómeno mundial.

Aparte de esto, todas estas enfermedades una vez complicadas, son de gran trascendencia para el individuo y para la comunidad. Las enfermedades que clásicamente conocemos mejor - la sífilis y la gonorrea, son conocidas desde muy antiguo. Mucho se ha habla

do de esta epidemia de sífilis que está sufriendo el mundo occidental y civilizado, que data del descubrimiento de América. Así cuando Colón descubrió América, los treponemas latinoamericanos descubrieron a los españoles y viajaron con ellos a descubrir Europa, un mundo virgen de este tipo de treponemas, y procedieron entonces a infectar toda Europa. Esta infección se convirtió en una pandemia durante 400 años y constituyó uno de los problemas de salud más graves, que ha afectado el curso histórico, porque la historia de la sífilis es una historia de sífilis terciaria en reyes, emperadores y otros personajes que movieron ejércitos y que han escrito páginas de la historia de la humanidad y de la cultura occidental.

En 1943, en un hospital de Nueva York, el Staten Island Hospital, un viejo y modesto hospital en una isla en el río Hudson, el Dr. Mahoney consiguió una pequeña cantidad de penicilina y, usando dosis ridículamente bajas, de 10.000 unidades cada 3 horas; logró demostrar que todos los enfermos de sífilis primaria y secundaria curaban espectacularmente. Corrían los años de la Segunda Guerra Mundial y esto era un secreto de guerra. Hasta después del año 45 la penicilina fue reservada exclusivamente para los ejércitos en combate. Entre el año 45 y 48 se inicia la producción masiva y la síntesis de penicilina y desde 1948 se convierte en un antibiótico de uso masivo en el mundo entero.

Entre el año 48 y el año 56, tenemos la más espectacular baja de las enfermedades venéreas, especialmente de la sífilis, que prácticamente se logró hacer desaparecer en el mundo entero. Ante este hecho los gobiernos estiman que es muy caro mantener mecanismo sanitarios de control y de exámenes serológicos. Se eliminan los programas de control. Pero como las enfermedades no se terminan nunca - puede disminuir, pero nunca desaparecer - del año 56 a la fecha han vuelto en gloria y majestad en todos los países del mundo. Quiero mostrarles algunos diapositivos con estadísticas de la OMS. Se observa la baja hasta los años 56 - 57 y su incremento posterior en países como

Suecia, Polonia, Dinamarca, etc. Llamen la atención, países como Francia, Inglaterra, etc., en todos ellos la incidencia sigue aumentando. Primero produce una marcada disminución. ¿a qué se debe eso?, ¿Depende del tipo de organización médica?. ¿Depende de la cuantía o mejoría que pueda tener en un momento dado la atención de salud pública en un país?. Tenemos países con economía de libre empresa, como EE.UU.; un país de medicina socializada como Inglaterra o un país de la órbita soviética, o un país con medicina mixta socializada - estatizada, etc., como son muchos de nuestros países latinoamericanos, siempre y en todos ellos se ha producido el mismo incremento, o sea que no depende del tipo de medicina que podamos tener, ni de la organización económica, política o social. Este fenómeno es más complejo y más profundo, tiene que ver fundamentalmente con la conducta humana.

Esta curva que ha bajado hasta el año 56 - 57 empieza a subir hasta el año 78. La tendencia es que en 1980 y hasta la actualidad sigue subiendo en EE.UU. progresivamente. Lo que ha bajado espectacularmente en EE.UU. es la sífilis congénita, solo alrededor de 300 a 400 casos al año de sífilis congénita en todos los EE.UU. Nosotros, acabamos de hacer una revisión hace unos meses atrás, una pequeña revisión para saber cuanto estamos teniendo de sífilis congénita en el país. Tenemos un cálculo aproximado, por información que hemos recibido de las distintas zonas, alrededor de 100 sífilis congénitas. Ha aumentado en el Area Occidente de 5 a 10, muy rápidamente en pocos años. Pero si bien esta curva nos muestra que el total de sífilis tiende a disminuir dentro del volumen que había alrededor del año 40, gonorrea empieza a subir cada vez más; la gonorrea sube 10 veces su proporción en los últimos años. Desde el punto de vista bacteriológico solo existe una explicación del por qué de esta curva. Hay un cierto número de portadores aparentemente sanos que no presentan sintomatología, en el hombre como en la mujer, y que en el momento dado son contagiosos. La gonorrea, se ha convertido en la primera curva de enfermedad infecto-contagiosa en los EE.UU., entre nosotros también, aunque no tenemos estadísticas. Uds. ven que sífilis está en el tercer lugar entre las enfermedades infecto-contagio-

sa. con respecto a todas las otras enfermedades transmisibles que constituyen un problema mucho menor desde el punto de vista de salud pública.

Recién hace un par de años, en 1980 en EE.UU. hubo un millón de casos de gonorrea de los cuales aproximadamente la mitad son mujeres, en las cuales alrededor de 250.000 complicaciones de inflamación pelviana.

El número de casos en hombres y en mujeres y en ellos: -el número de casos de inflamación pélvica y salpingitis ha seguido subiendo progresivamente y constituye una complicación seria grave que es motivo de preocupación. En EE.UU. toda gonorrea tratada precozmente va a evitar que se produzca esta complicación en un cierto porcentaje. Más o menos el 40% de las infecciones uretrales no gonocócicas está constituido por la clamídea, cuyo diagnóstico de laboratorio es mucho más complejo y difícil. Otros gérmenes que están produciendo uretritis no gonocócica también producen salpingitis y complicaciones.

La curva de sífilis congénita ha descendido a pesar del aumento de sífilis que ha habido en los adultos, simplemente con el control maternal, el control serológico que se hace a la mujer embarazada en EE.UU. permite descartar a la mujer con serología positiva y hacer el tratamiento. Quiero subrayar que toda serología positiva en mujer embarazada, no significa sífilis. Hay un alto porcentaje que presenta serología positiva a títulos bajos en mujeres embarazadas, alrededor de un 8% de los casos, y que corresponde en un alto porcentaje a lo que se llama biológico falso positivo. Esto no significa sífilis, lo apoyaría el hecho de que si el cónyuge tiene una serología positiva, es muy posible que la serología positiva de la madre sí correspondería a una sífilis. Si el cónyuge o conviviente tiene una serología negativa y la madre una serología a título bajo, lo más posible es que sea una serología de tipo biológico. Siempre y en todos estos casos ponemos una inyección de penicilina benzatina de 2.400.000 unidades, con

la convicción más absoluta de que estamos tratando gente sana, pero es tamos previniendo que nos aparezca un problema.

Toda mujer embarazada con serología positiva debe tratarse y traer al cónyuge a hacerse un control serológico, esto es básico para evitar el problema de la sífilis congénita que tiene alta mortalidad.

Nuevo problema que aparece en los últimos años y que adquiere una importancia mucho mayor que la gonorrea, es la llamada uretritis no gonocócica. Se diferencia una de la otra en cierta medida por la calidad y el tipo de descarga uretral que es más blanca y más transparente en la infección o gonocócica, no tan supurada, tan amarillenta y verdosa como lo es el gonococo un gran piógeno productor de secreción purulenta. Hay un alto porcentaje de molestias uretrales en el hombre, de molestias uretrales en la mujer, acompañadas muchas veces de compromiso vaginal. Se puede presentar disuria o secreción purulenta. Esta patología presenta graves complicaciones si es dejada evolucionar sin tratamiento. La tendencia normal es que un alto porcentaje de gonorrea no tratada puede evolucionar, primero a la mejoría total y absoluta en forma espontánea; segundo, puede hacerse crónica produciendo una infección crónica de las glándulas parauretrales o bien puede ascender produciendo en el hombre prostatitis, epididimitis y por último llegar a producir una estrechez uretral, y es una de las causas más importantes de esterilidad masculina. En la mujer produce desde la bartholinitis, la proctitis por proximidad, con el compromiso del recto; la inflamación pelviana, peritonitis y esterilidad. La infección gonocócica, produciendo pus, produce una reacción inflamatoria posteriormente con estrechez. Hay más o menos 25.000 a 30.000 casos de gonorrea diseminada con endocarditis o meningitis gonocócica con alto porcentaje de mortalidad en los EE.UU.

Esta es la forma clásica en que se presenta la gonorrea en el hombre, con compromiso uretral. Esta es patología

de la gente joven, de vida sexual activa, es patología del adolescente, que fluctúa entre los 15 y 35 años de edad.

En general ésta es la patología del muchacho adolescente que viene a consultar acompañado del padre, o bien que consulta en farmacias, consulta a sus profesores, o como en este momento aquí en Valparaíso va a consultar al nivel primario, que esperamos pueda resolverle el problema en buena forma. En la mujer, el problema es mucho más serio, porque el gonococo penetra por vía cervical al cuello del útero, hacia las trompas y sale hacia el peritoneo produciendo una peritonitis. Hay un compromiso vaginal, también puede haber un compromiso rectal, o bien con compromiso peritoneal. En la inflamación pelviana aguda, la mujer presenta febril, puede presentar metrorragia y signos al examen clínico que manifiesten la infección, con leucocitosis y sedimentación elevada. Dentro de los factores que en la actualidad, han hecho más factible y más frecuente la inflamación pelviana, y la salpingitis está el uso del dispositivo intrauterino. Generalmente en el período post menstrual se presentan con más frecuencia las molestias. Además los histerosalpingogramas o las manipulaciones quirúrgicas que se hacen sin hacer una historia previa de infección o un examen bacteriológico previo a la infección. Uds. ven que esto complica fundamentalmente a la gente que está en período de actividad sexual, que usa DIU y que han experimentado brotes anteriores, porque ésta patología tiende a ser recurrente.

Hablemos dos palabras de tratamiento y algo de historia de ellos. Hemos vivido durante años bajo el efecto del fantasma de que estas enfermedades eran graves, bajo el estigma moral que representaba esta patología. Que eran propias de la mala conducta, de la promiscuidad, del tener relaciones con prostitutas. Desde la época de la Biblia, de los antiguos egipcios, desde la época de la medicina de los griegos, se reconocía que estas enfermedades eran producto de una vida sexual desordenada, que quebraba los cánones de moral existentes en esa época. La carencia de una terapéutica útil, de una medicación específica, las distintas teorías sobre la causa de estas enfermedades

convirtieron estas patologías en graves amenazas a la salud pública y con claras demostraciones morales y religiosas.

Cristóbal Colón descubre América en 1492, y aprece en Europa la sífilis que con los normales de el mal español, mal napolitano o mal francés se extiende por toda Europa. En el 1600, en el primer libro sobre terapéutica de sífilis nos encontramos con las raíces de la moderna terapéutica de la sífilis. Empezamos con la pomada mercurial que en fricción demuestra ser de gran utilidad en el tratamiento de la sífilis. Mientras el médico, con cara seria mira la orina, porque durante siglos no se diferencia la sífilis de la gonorrea. Un médico - y había que ser muy valiente - se autoinoculó sífilis, con tan mala suerte que, además, se autoinoculó gonorrea, en un período en que no había curación para esta enfermedad; demostró en su propia persona que las dos enfermedades eran lo mismo. Errores como estos pueden duran 200 años.

A los pobres españoles afligidos con el mal de Nápoles, los sentaban en un baño de cajón, debajo del cual ponían un brasero al que le echaban sales de mercurio. El hombre transpiraba con esta piritoterapia, le subía la fiebre a 40° y aspiraba vapores de mercurio, excelente terapia para la sífilis, con exelentes resultados. La reacción que llega a 39 - 40°, es la reacción febril que se produce en la sífilis primaria o secundaria cuando se pone la primera inyección de penicilina. Es útil porque el treponema pálido es destruido a los 38,5-39° y por consiguiente un alza febril de algunas horas destruye una gran cantidad de treponemas pálidos y el mercurio seguía siendo muy útil.

Esto llamó la viruela venérea, la viruela de Venus. Uds. ven en una antigua literatura holandesa las fricciones mercuriales o baños de azufre y las pociones que se suministraban en esa época para el tratamiento.

Como de América vino la enfermedad, de América también venía el tratamiento. Durante muchos siglos se usó el "palo santo". El guayaco, o palo santo se machacaba, se cocinaba, se hacía una infusión y se daba a beber al paciente. Yo quiero decirles que no estamos muy lejos. Hace 35 o 40 años había guayacolina en Chile, que se usaba para una serie de enfermedades. Cuando no había remedios o estos no servían había que encomendarse a los santos, porque ante esta patología no había nada que hacer, hasta que el gran Erlich descubre en 1907 una nueva terapéutica. Pensando que si el mercurio mejora la sífilis, busquemos otro elemento del mismo grupo. Encuentra el arsénico. La base de la terapéutica tiene vigencia hasta hoy día. "Si logro envenenar al germen antes que matar al individuo, salvo al individuo y mato al germen". Entonces se empezaron a usar los arsenicales. La historia forma parte de la historia de la medicina moderna. El 606, el 914 y todos los arsenóxidos y arsenicales trivalentes posteriores, constituyen la terapéutica hasta 1940.

Vida, un tratado de historia de la medicina de Chile. Chile fué el primer país en el mundo entero que logró bajar las tasas de morbilidad y mortalidad por sífilis en 1940 usando los arsenicales trivalentes por vía endovenosa. En el hospital San Luis de Santiago se utilizaba un tratamiento que se llamaba "el botellón", porque se ponía una botella - no existían las bolsas de plástico - botellas de vidrio esterilizadas, con suero fisiológico y arsenóxido, por vía endovenosa durante 5 días - con eso se curaban las sífilis primaria y secundaria y había un 5% de mortalidad, produciéndose una encefalitis arsenical en los pacientes. Este fué el primer país que logró antes de la penicilina, bajar su tasa de sífilis. No olvidemos que Chile tuvo, en la época en que se inició el Seguro Obrero, de 400.000 obreros que había asegurados, el 10% de ellos tenía sífilis. Con tasas de esa cuantía, en Puerto Rico se hizo un tratamiento masivo a punta de bayoneta, a fines de la década del 50, se blanqueó toda la isla porque tenían cifras sobre el 10% de la población con sífilis. Nosotros logramos lo mismo con arsenicales. Felizmente aparece posteriormente la penicilina. Aparece la gran propa-

ganda de la penicilina en EE.UU. Lo curioso es que hay un cambio en todos los gérmenes con aparición de resistencia a la penicilina. Sin embargo el treponema pálido es el único que sigue siendo sensible a la penicilina. Ya no usamos más penicilina en gonorrea. El esquema americano que era válido hasta hace 2 años atrás, que se usaba 4.800.000 unidades de penicilina procaína con un gramo de probenecid, ha cambiado en el último año porque hay una gran cantidad de gonococos que es resistente a la penicilina.

La gran propaganda que se hizo en EE.UU. motivó que la penicilina se considerara el gran "sanalotodo" de la época.

Cuántas patologías, aparte de ésta, tenemos en este momento, desde el punto de vista de los virus y de la incidencia y de la frecuencia de éstas el herpes simple genital. Yo diría que prácticamente no ha habido nadie que no haya tenido en algún momento de su vida, un brote de virus herpes simple I o II. Es sumamente complejo el problema del herpes simple, era y sigue siendo una patología que adquiere mayor importancia en los dos últimos años, por dos razones: primero, porque es una de las grandes complicaciones en los pacientes inmunodeprimidos y en los enfermos de transplante, es una de las complicaciones que se presentan en pacientes que reciben terapéutica inmunodepresora por tumores, por corticoides, etc.. Es la gran complicación que produce mortalidad perinatal porque hay compromiso del feto o del recién nacido, si la madre presenta un herpes simple genital en el momento del parto. Esto se ha convertido en una de las causantes de tipo médico para hacer intervención cesárea. El virus del herpes simple se está encontrando con mucha frecuencia en el cáncer cervico-uterino de la mujer. Se ha encontrado que hay un cierto porcentaje de patología de tipo encefálico o meningítico en que aparece el virus, no sabemos si como etiológico o complicante.

De los otros virus, el condiloma, el virus de la verruga, un papova virus, se ha constituido en un problema de serias proporciones, en EE.UU.. Entre nosotros no tan serio, y tiene excelente tratamiento; el molluscum contagiosum, es una patología viral muy parecida al de la verruga. Son unas papulas blancas engarzadas en la piel, superficiales, a veces sumamente profusas, con gran frecuencia en niños pequeños, nos ha obligado a dar anestesia general para poder sacarlo, porque es un procedimiento molesto cuando son muchos y en niños pequeños. El citomegalovirus que se ha convertido dentro del grupo de virus del herpes simple; Herpes simple - citomegalovirus y virus del herpes zoster, constituyen toda una familia que adquiere cada vez mayor importancia. Citomegalovirus se ha encontrado en recién nacidos y en una alta frecuencia en mujeres embarazadas y en los compromisos perinatales.

La clamídea es un germen de los últimos años. La clamídea y los agentes que producen uretritis, cervicitis y el viejo linfogranuloma venéreo - que en Chile ha desaparecido y que persiste en muchos países del mundo, está constituyendo la causa más importante de uretritis no gonocócica.

Ya hemos hablado también del gonococo, el chancro blando, propio de la zona de Valparaíso; curiosamente ha desaparecido de Santiago, es una patología que traen los marineros, que no vemos en la capital. El granuloma inguinal no lo vemos en Chile, es más propio de Centroamérica; el corynebacterium vaginalis ha aumentado extraordinariamente y constituye una de las grandes causas de vaginitis en la mujer.

La sarna y pediculosis son patologías menores, pero que entre nosotros son mayores; en EE.UU. ésta es una patología sencilla, entre nosotros tenemos problemas graves de sarna, estamos viendo en el consultorio de dermatología sobre 50% en nuestros pacientes, en consultorios periféricos también lo están viendo así. Quiero advertirles que estamos viendo una tremenda resistencia a los tratamientos; el trata-

miento clásico que usamos nos fracasa con una frecuencia extraordinariamente alta, estamos buscando causas del fracaso. Si aplicamos el esquema americano de una aplicación de benzoato de benzilo, de gamexano, que se pone en la noche y ocho horas después se ducha, se cambia de ropa y se término el problema, sería muy fácil, pero a nosotros nos fracasa consistentemente. Dos condiciones estamos usando en el tratamiento de la sarna: 4 noches seguidas sin bañarse; los bañamos al 5to. día; se trata a todos los que viven bajo el mismo techo. No siempre viene el marido porque está trabajando, o los niños porque están en clases; por último solo se les puede hacer el tratamiento una sola vez. El ideal entonces, es hacerlo 4 noches seguidas, en la casa. Problemas y riesgos de esto: como se trata de un líquido blanco, con demasiada frecuencia, los niños confunden el gamexano con leche; se lo han tomado produciéndose intoxicaciones bastante serias. Por eso se ha optado hacer los tratamientos en los consultorios, pero para que tenga buenos resultados hay que hacerlos a todo el grupo familiar. Volvemos al principio fundamental de toda esta patología, no es la patología del paciente que consulta, es la patología de él, más la patología de todos los contactos que él tenga cerca, grupo familiar, convivientes, todos aquellos que viven bajo el mismo techo, y si quisiéramos expandir el concepto, todos aquellos que se llaman asociados o que tienen una actividad similar al paciente.

Si nos referimos a algo tan poco elegante como los piojos del cuero cabelludo y la pediculosis corporis, 30 a 40% de los niños en los colegios privados más caros de Santiago presentan piojos del cuero cabelludo en exámenes realizados en este tipo de población que vive de Américo Vespucio para arriba.

Por consiguiente, estas patologías no respetan a nadie. La pediculosis capitis, es tan seria que en EE.UU. se calcula que para 1990 toda la población ya tiene o habrá tenido piojos.

Desde el punto de vista de la prioridad que es tán teniendo estas enfermedades, tiene relación con la incidencia de la morbi

lidad, la demanda de atención médica - que en este momento es mayor, es especialmente en sarna - y el número y gravedad de las complicaciones. Esto cumple el postulado básico : alto número de pacientes y gravedad de las complicaciones que dan todas estas enfermedades de transmisión sexual. Por consiguiente, la relación costo beneficio, en las medidas que hay que tomar, es muy importante.

Me decía el Dr. Horta que en esta área está pasando a control de atención primaria de atención, lo que representa una investigación en el área de salud pública, muy interesante en el área de Valparaíso, para poder cuantificar cual es el problema. A mí personalmente, me interesaría saber cual es la cuantía real del problema, es decir, que los pacientes, me refiero a sarna, no queden solamente diagnosticados y tratados en los consultorios periféricos, sino que además, pudiera llegar al Dr. Horta, la referencia, la informática de cuánto es la realidad nuestra en este momento. En esta patología se produce el siguiente círculo vicioso: no conocemos la cuantía real del problema, al no tener la cuantía real, no tenemos recursos para tratarlos o investigarlos; al no investigarlos, desconocemos la cuantía y al no conocer la cuantía, no tenemos recursos. En la medida que conozcamos la realidad de nuestro problema, y veamos que las cifras son realmente tan importantes como creemos, la autoridades de salud tendrán que dar los recursos necesarios para enfrentarlos, la terapéutica, el personal, etc. y podremos conocer y resolver el problema en la mejor forma posible.

Una de las cosas que ha hecho que las enfermedades de transmisión sexual sean ahora más complejas, es que requieren de trabajo en equipo, de dermatólogo, urólogo, ginecoobstetra, pediatra, conjuntamente con médicos de salud pública y laboratorios diferenciales.

Dentro de la gran gama de sexos que existe: masculino, femenino y tercer sexo, las relaciones sexuales sólo pueden ser heterosexuales u homosexuales o ambas. Dentro de las relaciones habituales heterosexuales generalmente el hombre es sintomático, la mujer no. Las lesiones extragenitales, ya sean hetero y homosexuales, en complicaciones

faringea o rectal, habitualmente son asintomáticas pero sí contagiosas. En cambio las lesiones de tipo uretral son siempre sintomáticas. Toda patología de este tipo afecta al paciente y a sus contactos. Hay que hacer una labor epidemiológica; en cada caso debe investigarse el origen, si tiene una cuantía de casos secundarios homo o heterosexuales. Si los contactos tienen relaciones con múltiples personas y cada una de ellas a su vez continúa la cadena de promiscuidad, entonces tenemos una gran difusión de esta patología.

Quiero llamar la atención frente a un hecho epidemiológico. Sólo el 50% de los contactos de casos índices infectados - y me refiero a sífilis primaria y secundaria demostrada serológicamente y por ultramicroscopía o de pacientes con gonorrea demostrada por el examen de Gram Directo o un cultivo - contrae la enfermedad. El otro 50% es seguido y se encuentra sano. Por lo tanto en un 50% de la población existe un factor que podríamos llamar defensa natural a estas enfermedades. Pero, existe también el riesgo y, especialmente en gonorrea, que el contacto con casos índices sea un paciente que hace la enfermedad desde el punto de vista asintomático y se convierta en un portador. Por el riesgo que esto representa, todo contacto de un caso índice debe ser siempre tratado. Es fundamental que el tratamiento de los contactos sea igual que el del caso índice. Si le ponemos dos inyecciones de penicilina benzatina, con 2.400.000 unidades cada 10 días a una sífilis primaria o secundaria, debemos hacer el mismo tratamiento al contacto.

Se ha estudiado bacteriológicamente a la infección gonocócica y se ha demostrado que con cierta frecuencia el gonococo está asociado a clamídeas o a estafilococo o a otros gérmenes más resistentes que el gonococo. El gonococo es muy sensible a la penicilina, a la tetraciclina y prácticamente a todos los antibióticos, con excepción de la sulfa. Se mejora con 24 horas de buen tratamiento antibiótico, en buenos niveles, porque el ciclo biológico del gonococo es de 9 horas. Por consiguiente si mantenemos un nivel de cualquier antibiótico por 24 horas a dosis muy altas, vamos a conseguir destruir todas las cepas de

...de las criptas de las glándulas parauretrales masculinas o femeninas - y ahí no llega el antibiótico - permanecen y entonces los tratamientos de 24 horas tienen un alto porcentaje de riesgo de que posteriormente pueda haber una reinfección nacida de un foco mantenido adentro.

¿Cuándo se puede hablar de que hay que hacer un tratamiento masivo para una enfermedad venérea? cuando la cantidad de pacientes es tan alta que lo justifica. Si nosotros volvemos al ejemplo de la sarna; hicimos tratamiento de masas hace unos años, en que tuvimos una inundación, una catástrofe de carácter social; hubo que sacar una gran cantidad de gente de poblaciones callampas y trasladarla a colegios y cuarteles. Se produjo una epidemia de sarna porque estaban viviendo en condiciones sanitarias muy deficientes. Se hizo tratamiento de masas a toda esa población con una sola pincelación y se acabó el problema.

Cuando la pediculosis alcance niveles tan alarmantes como creemos que va a alcanzar en los próximos años, van a tener que hacerse tratamientos masivos, como los que se hicieron en Nápoles, en 1943, en que se bombardeó la ciudad con tanax.

Sin embargo no podemos tratar ni gonorrea, ni sífilis ni ninguna otra patología con tratamiento de masas porque no es aceptado por la población, lo que nos obliga a un tratamiento epidemiológico, que es un tratamiento orientado, que requiere la colaboración del equipo de salud. Consiste en tratar al consultante y tratar epidemiológicamente - aún sin diagnóstico a todos los contactos de cada uno de los casos índices que llegan a control al servicio.

¿Cuáles son los procedimientos clásicos que deben seguirse en todo paciente que consulta? diagnóstico y tratamiento de cada caso que consulte, encuesta epidemiológica. Estos enfermos son contagiados y el paciente ha contagiado al grupo familiar, a los contagios. Es muy importante la notificación de la enfermedad y un registro

de la enfermedad y un registro de los casos que llegan a control al servicio.

¿Cuáles son los procedimientos clásicos que deben seguirse en todo paciente que consulta? diagnóstico y tratamiento de cada caso que consulte, encuesta epidemiológica. Estos enfermos son contagiados y el paciente ha contagiado al grupo familiar, a los contagios. Es muy importante la notificación de la enfermedad y un registro

de la enfermedad y un registro de los casos que llegan a control al servicio.

de la información. Podemos encontrar que en un momento dado hay un alto número de pacientes de determinado grupo. El control de estos grupos de alto nivel de promiscuidad - no olvidemos que en Chile ha sido clásico el pesquisaje serológico en manipuladores de alimentos, que es un grupo de alto nivel de promiscuidad y que presenta un buen rendimiento desde el punto de vista de estudio - es un trabajo que debiéramos hacer. Una cosa indispensable de lograr es el control serológico prematrimonial, como existe en la mayor parte de los países del mundo y que no es obligatorio en Chile. Debiera ser obligatorio para evitar que personas con serología positiva lleguen al matrimonio. Por último es importante destacar la educación sanitaria, pues existen muchos conceptos errados.

Todo paciente debe suspender sus relaciones sexuales hasta el momento del alta; trataremos siempre todos los contactos y haremos que los tratamientos estén bien hechos. Sabemos que con una inyección de penicilina para una sífilis basta; le ponemos dos. Es to es con trampa, porque el pretexto nuestro, es que en la segunda visita que hace el paciente para colocarse su segunda inyección se le interroga sobre el tratamiento de sus contactos, si es que los trajo a control, si es que se ha sentido bien, etc.

Es muy importante educar al paciente sobre la gravedad y la importancia de esta patología, para convertirlo en lo que nosotros llamamos el colaborador de salud: de hoy en adelante, Ud. que está sano señor nos va a colaborar trayéndonos todos sus contactos, traiga a su señora, amistades, etc., los vamos a atender gratuitamente. Se debe resguardar la confidencialidad, este es un problema de relaciones humanas. La atención de venéreas debe ser siempre gratuita.

En caso de duda siempre tratamos. Esto significa que tenemos un porcentaje alto de gente sana a la cual tratamos. Una cosa es tratarlo y otra es declararlo como enfermo. Esa es la gran discusión que hemos tenido, como clasificarlo dentro de la estadística. En todas las recidivas ver la posibilidad de reinfección, cosa que especial

mente en sarna es muy importante. Se debe evaluar los resultados de los tratamientos tanto desde el punto de vista clínico, como bacteriológico, y por último, evaluar la ecología conductual, cuales son las normas de conducta, cual es el habitat del paciente, y cual es la escala de valores en cuanto a conducta. Hay que pensar siempre que estas patologías existen, que no han cambiado y que nadie está libre de ellas.

Atención primaria : fundamentalmente centrada en control de la embarazada. El ideal es hacer dos serologías en mujeres embarazadas, una en el primer trimestre y otra en el último trimestre, para descartar la posibilidad de una infección durante el curso del embarazo. Estudio de mortalidad perinatal para ver factores causales y ver cuales son prevenibles en planificación familiar y esterilidad, analizar como causa de esto la patología de transmisión sexual. La serología de incorporación al trabajo, serología prematrimonial y serología de grupos más expuestos, deben ser considerados como una atención básica y fundamental en salud. Para el año 2.000 la OPS plantea la asistencia y apoyo a los centros existentes, creación de centros para concentrar el esfuerzo, formación de personal docente internacional y nacional y favorecer la investigación clínica y epidemiológica. Sin embargo, fracasamos y vamos a seguir fracasando porque estamos inmersos en la explosión demográfica, esa es la patología de la explosión demográfica, esa es la patología de la gran ciudad, ésta es la patología de la conducta humana. La conducta humana es distinta cuando se vive en un pueblo chico que cuando se vive en la gran ciudad. En el pueblo chico tenemos el control social que representa la opinión de las personas, que es lo que opinan aquellos que nos conocen o conocen a nuestros familiares; tenemos una conducta distinta que podemos llamar agraria o agrícola; viviendo en una gran ciudad en que nadie nos conoce, ni sabe quienes somos, en que las oportunidades se presentan, lógicamente la conducta varía. Junto con esto está el factor turismo, que es parte de la explosión demográfica, porque parte del turismo, ir a Argentina o ellos venir a Chile, es llevar de vuelta alguna cepa de gonococo extraña.

La metrópolis se convierte en megápolis y como decía alguien, mientras más crece la megápolis más se transforma en necrópolis.

La movilidad de las personas hace que la gente viaje en forma extraordinaria dentro y fuera del país. El turismo sexual es uno de los factores que explica más o menos - según los países - un 30 a 40% de infección venérea. Nos nos vamos a olvidar nunca de una reunión con colegas peruanos que nos decían: nosotros diferenciamos muy bien la gonorrea, los gonococos peruanos que responden muy bien al tratamiento y los gonococos chilenos que son muy agresivos y de tratamiento difícil.

No podemos pretender resolver el problema porque ante las autoridades de salud y ante la opinión pública, las enfermedades de transmisión sexual tienen muy baja prioridad. La primera prioridad es para las infecciones respiratorias, diarreas, malnutrición, etc.. Por consiguiente el poco presupuesto que se dispone en todos los países del mundo va a dar a estas patologías mucho antes que lo que llega a las enfermedades de transmisión sexual. Por último, es una tecnología cara porque requiere de laboratorio cada vez más complejo, más sofisticado y difícil de hacer. Tenemos que hacer tratamiento de tipo epidemiológico, es decir tenemos que tratar un porcentaje de la población en forma gratuita. Por otra parte requiere una atención multidisciplinaria. O sea, tenemos que movilizar muchos recursos de distintas especialidades y personal paramédico.

Se trata de enfermedades endémicas, de una patología que se va a mantener siempre como un reservorio. La única forma de curarla o de mejorarla es tratando al mundo entero porque indudablemente no sacamos nada con curar la positiva y ponerle benzatina a toda la población, cuando a la semana después están llegando turistas con cepas nuevas. Por lo tanto necesitamos un control sanitario endémico permanente. Por último, es muy difícil cambiar lo que llamamos mentalidad prostituta, es la que asume que estas enfermedades se contraen por

tener relaciones con prostitutas o con enfermos sexuales, gente de mala conducta que tiene relaciones con este grupo de personas. Pero resulta que en Santiago hay solamente registradas alrededor de 3.000 prostitutas, lo que dentro del número de población es ínfimo. Estudios epidemiológicos hechos sobre el origen de enfermedades de transmisión sexual, indican que no más allá del 3% al 5% tienen como origen la prostitución. Sobre el 90% o más contrae la enfermedad en su vida normal, diaria, habitual, de relaciones promiscuas con gente tan promiscua como ellos. En Chile estamos viviendo un cambio en la moralidad, indudablemente, los medios anticonceptivos, la presión de la propaganda, los medios de comunicación de masas, la seguridad de que estas patologías son fácilmente tratables, han modificado la conducta sexual de las personas. Esto es una realidad, por consiguiente atribuir que el factor causal de esto, es la prostitución o la homosexualidad en gran medida, es un error; juega sí un rol pero en un porcentaje muy pequeño. El 70% o más son patologías de la población normal, lo que depende en gran medida de factores educativos, de escala de valores. Y se observa un cambio de valores. La mujer es libre, tiene vida sexual no restringida ni por el riesgo de embarazo ni por el riesgo de enfermedad. Todos estos cambios en la conducta social, toda esta confianza en la terapéutica, el uso de anticonceptivos, la mayor promiscuidad, el materialismo, la presión de la pornografía, favorecen la mantención de estas patologías. Somos enemigos de la pornografía porque hemos visto en países en que ésta se ha liberado, las consecuencias serias que ha traído a la familia, desde el punto de vista de escala de valores y una deformación de criterio. Nos ha tocado asistir a una reunión en Brasil donde hay gran libertad en cuanto a pornografía. Los colegas de Brasil cuentan historias tan serias como que un alto porcentaje de divorcio se puede adjudicar a este problema. La gente joven asiste libremente a cines donde dan películas pronográficas muy explícitas, donde hay una parodia de la vida sexual normal; la privan de toda la poesía, su emoción, sentimiento para convertirla en actos físicos en los cuales baten records de tamaño, eyaculación, etc., que no son reales y que hacen que los varones se acomplejen porque dicen yo soy muy mal dotado por la naturaleza no tanto en tamaño sino en capacidad.

Las niñas sufren graves desilusiones porque dicen pero si este hombre no es capaz de tener 10 relaciones sexuales por noche, qué clase de marido tengo. Esto produce la pornografía. La presión de la relación sexual como algo normal a edad muy precoz: antes que madure el cerebro, han madurado los órganos genitales.



... relaciones con prostitutas o con enfermas sexuales, entre de mala conducta que tiene relaciones con este grupo de personas. Esto resulta que en Santiago hay solamente registradas alrededor de 2.000 prostitutas, lo que dentro del número de personas de Chile. Estudios epidemiológicos nos hacen saber el origen de enfermedades de transmisión sexual, tanto con que no sea más el 10 al 15 como origen de prostitución. Sobre el 10% o más contra lo esperado en su vida normal, tanto de difícil de relaciones sexuales con gente tan preciosa como ellas. Estas personas viviendo en cambio en la sexualidad, interrelacionando las medidas anticonceptivas, la presión de la propaganda, los medios de comunicación de masas, la seguridad de que estas prácticas son factibles. Prescripciones, han modificado la conducta sexual de las personas. Esto es una realidad, por consiguiente atribuir que el factor causal de todo es la prostitución o la homosexualidad es una medida, es un error que se da un rol poco en un porcentaje muy pequeño. El 10% o más son indicadores de la conducta normal, lo que depende en gran medida de factores educativos, de escasa de valores. Y se observa un cambio de valores. La mujer se libera, tiene vida sexual restringida ni por el trabajo de educarse ni por el riesgo de enfermedades. Todos estos cambios en la conducta social, todo esto comienza en la sexualidad, el uso de anticonceptivos, la mayor promiscuidad, el libertinaje, la presión de la propaganda, favorecen la emergencia de estas patologías. Algunas emergencias de la pornografía porque hemos visto en países en que ésta es la liberación, las consecuencias sexuales que se reflejan a la familia, desde el punto de vista de escasa de valores y una deterioración de valores. Nos ha tocado estudiar a una reunión en Miami donde hay gran libertad en cuanto a pornografía. Los colegas de Brasil cuentan historias tan serias como que un alto porcentaje de divorcio se puede atribuir a este problema. La gente joven quiere libremente a cosas donde hay prácticas promiscuas muy exitosas, donde hay una presión de la vida sexual normal; la que van de todo lo posible, en cambio, se encuentran para convertirse en actores en los países donde se registra la pornografía, que no son reales y que hacen que los valores se deterioren porque tienen un rol muy real donde por la naturaleza no tanto en función como en capacidad.



Universidad de Valparaíso  
Chile



00033027