



Mª Inés Hidalgo Vicario

Pediatra. Doctora en Medicina.

Acreditada en Medicina de la Adolescencia.

Coordinadora del grupo de formación y acreditación de la SEMA.

Centro de Salud "Barrio del Pilar". Madrid.

Situación de la medicina de la adolescencia en España

"Nuestros jóvenes parecen gozar del lujo, son mal educados y desprecian la autoridad. No tienen respeto a los adultos y pierden el tiempo yendo y viniendo de un lado para otro. Están prestos a contradecir a sus padres, tiranizar a sus maestros y a comer desaforadamente."

(SÓCRATES, siglo IV a. c).

Adolescencia procede del latín "adolescere" que significa crecimiento, cambio, maduración, siendo el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Esta etapa trae consigo grandes oportunidades, pero también importantes desafíos y riesgos para ellos y para los que les rodean.

La adolescencia debería ser el mejor período de la vida ya que la mayoría de sus funciones están en plenitud; pero como indica la frase de inicio, los adolescentes no han gozado de buena fama ya desde tiempos remotos. La mayoría de sus problemas y necesidades de salud se extenderán a la edad adulta y son consecuencia, en general, de hábitos y comportamientos que se inician en estas edades: accidentes, violencia, uso de drogas, conductas sexuales arriesgadas, problemas de relación, nutricionales o de salud mental.

Se debe tener presente que los jóvenes de hoy, no son peores ni mejores que los de ayer, las épocas cambian, pero los adolescentes son siempre los mismos aunque adaptados a su momento histórico. El adolescente es un reflejo de la sociedad en que está inmerso y es evidente que el entorno y la familia han cambiado de forma radical en las sociedades actuales del bienestar. Los jóvenes son consumidores de moda y tecnología (ropa, cirugía, móviles, vehículos) con nuevas formas de ocio y entretenimiento (botellón, internet, drogas). La cultura del ocio, hedonismo y egocentrismo ha sustituido al esfuerzo personal. Su comportamiento en casa ha cambiado (aislamiento, redes sociales). El tamaño y estructura de los hogares se ha modificado: las personas viven más, tienen menos hijos y más tardíos, se ha reducido el tamaño de las familias, la madre se ha incorporado al trabajo, los padres son más permisivos, han aumentado las separaciones y han aparecido nuevas formas familiares: monoparentales, unipersonales, homosexuales, parejas sin hijos...La familia, que es el principal apoyo del joven, es una estructura social y cultural en crisis. Además de estos cambios socioculturales influyen la falta

de coordinación entre el sistema educativo y el mundo del trabajo y la conducta exploratoria propia del joven.

En nuestro país, **el número de adolescentes** entre los 10 y 21 años según el Instituto Nacional de Estadística a fecha de octubre 2012 era de 5.286.706 (11,5% de la población total). Esta población va disminuyendo lenta y progresivamente desde el año 1988.

En cuanto a la **mortalidad**, en el año 2011 fallecieron en nuestro país 732 jóvenes entre los 10 y 19 años (227 entre 10-14 años y 505 entre los 15-19 años) lo que representaba el 0,3% de la mortalidad de la población total. Los accidentes y actos violentos constituyen la principal causa de muerte; van seguidos por los tumores, enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio y del sistema nervioso.

El 60% de los accidentes de tráfico suceden durante el fin de semana y con alcoholemias positivas en el 40% de ellos. Entre el 15-20 % de los jóvenes, entre los 14-18 años, reconocen haber viajado alguna vez en vehículos conducidos por personas bajo los efectos del alcohol. A los 18 años el 15% ha conducido un vehículo a motor tras beber alcohol. Entre los 15-24 años, el suicidio es la 2ª causa de muerte a nivel mundial.

En los últimos 50 años ha disminuido la mortalidad en todas las franjas de edades, excepto en la adolescencia y juventud, y un alto porcentaje de ellas son prevenibles.

Respecto a la **morbilidad**, los problemas de los adolescentes son consecuencia de su desarrollo psicológico y social (conductas de riesgo), de su desarrollo biológico (escoliosis, acné, dismenorrea), enfermedades infecciosas, patologías del adulto que pueden ser detectadas de forma asintomática durante esta etapa (hipertensión, hiperlipemia, obesidad, diabetes) y enfermedades crónicas, de las cuales anteriormente se fallecía antes de llegar a la adolescencia, como cánceres, cardiopatías congénitas o fibrosis quística del páncreas.

La Encuesta ESTUDES 2010, sobre el uso de drogas en nuestro país, confirma que el consumo de alcohol, tabaco y cannabis ha disminuido, aunque sigue siendo elevado entre los 14 -18 años. Este estudio indica que el 75 % de ellos había probado el alcohol alguna vez y el 63% en el último mes. El 40 % había fumado tabaco alguna vez y el 26,2% en el último mes. El 33% había probado el cannabis alguna vez y el 17,2% en el último mes.

En 2011, la tasa de embarazo por 1.000 mujeres de 15-19 años fue de 23,39, la tasa de nacimientos en la misma población de 11 y la tasa de interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes menores de 19 años por mil mujeres fue de 14,09.

Según el estudio Enkid, el 14 % de los escolares y adolescentes en España sufre obesidad y el 26,3 % sobrepeso, frente a cifras inferiores al 20% en Francia, Alemania u Holanda. La prevalencia de la anorexia nerviosa, se sitúa entre el 0,5 y 1%, sobre todo en adolescentes de 14- 19 años y en el sexo femenino, y la bulimia se observa en el 1 a 4,6% de los adolescentes, siendo 10 veces menos frecuente entre los varones.

En cuanto al acoso escolar, en España afecta al 10-12% de los alumnos. Uno de cada tres jóvenes no acaba la enseñanza secundaria y a la edad de 15 años tenemos la tasa más alta de repetidores de toda la UE. Según la OMS (2009), entre el 10-20% de los adolescentes europeos sufre algún problema de salud mental o de comportamiento.

A pesar de que los problemas socio-sanitarios de los jóvenes son muy importantes, apenas acuden a consultarlos. En la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, se observó que la asistencia sanitaria al pediatra o médico de familia de varones y mujeres de 15-25 años era del 17,10% y 23% respectivamente en el último mes. Se produce una importante disminución desde los 0-2 años donde acude el 95 % de los pacientes a entre los 2-4 años donde acude el 50%. **La atención a los adolescentes no está adecuadamente organizada en nuestro país**

y nos ha situado a la cola en la atención a esta población en comparación a la que se presta en EE.UU., Sudamérica y Europa.

Hasta hace pocos años, el adolescente ha sido el “gran ausente” en la cartera de servicios de los centros de Atención Primaria. Los médicos y gestores eran conscientes de la necesidad de realizar revisiones periódicas a los niños hasta los catorce años, y luego existía un completo vacío, en una época de grandes riesgos. En los últimos años sí está incluido y hay una mayor concienciación, pero faltan profesionales con formación reglada y experiencia para que la atención se realice de forma adecuada y coordinada. La mayoría de actividades preventivas de adulto se aplican a partir de los 18 años.

Actualmente, a nivel general, los niños a partir de los 14-16 años (varía según las diferentes CCAA) son atendidos en Atención Primaria por médicos de familia, y en los hospitales, en los servicios de medicina interna o en las diferentes especialidades. Se ofrece una asistencia aislada según las diferentes disciplinas. También existen centros puntuales dedicados a diferentes aspectos de la salud del joven: centros para drogas, para problemas relacionados con la sexualidad, para problemas psiquiátricos, áreas de juventud... pero lo realmente necesario es ofrecer una atención integral a su salud teniendo presente los aspectos físicos, psicológicos emocionales y sociales.

Existe evidencia de que los adolescentes que ingresan en unidades específicas para ellos, manifiestan una mayor satisfacción con el cuidado recibido, comparando con los que se atienden en unidades pediátricas o de adultos. La consideración de los adolescentes dentro del sistema hospitalario español presenta muchas carencias. Los ingresos no psiquiátricos tienen lugar en unidades que no son específicas para ellos, ingresan en pediatría hasta los 14-15 años y salvo excepciones, en las unidades de adultos, no tienen garantizado el apoyo educativo durante su estancia en el hospital. Las alternativas de ocio y de ocupación del tiempo de hospitalización a que pueden acceder son las mismas que los adultos. Estos datos contrastan, por ejemplo, con la situación en los hospitales ingleses, donde solo el 0,4% de los pacientes entre 12-15 años y el 16% de los pacientes entre 15-17 años ingresan en unidades de adultos. Hay cierta invisibilidad de los adolescentes para el sistema sanitario hospitalario nacional.

Tampoco existe una adecuada formación de los profesionales sanitarios. No hay un programa docente integral sobre adolescencia ni en el pregrado, postgrado ni en el sistema MIR. No se contempla la adolescencia como grupo especial, como se contemplan la infancia, la madre gestante, o el anciano. La formación de los residentes de pediatría en España es muy limitada a pesar de que está recogido como objetivo en el programa de Pediatría y sus Áreas Específicas del Ministerio de Sanidad. La formación de los médicos de familia sobre adolescencia es muy reducida, de hecho no consta como objetivo en el programa de formación publicado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Esto ayuda a perpetuar el problema actual, ya que al no haber suficientes profesionales formados en Medicina de la Adolescencia, se dispone de menos facultativos y la atención a este colectivo cada vez es más deficitaria.

Muchos profesionales rechazan la atención a los adolescentes pues no se sienten seguros y capacitados para manejar temas como problemas psicosociales, relativos a la sexualidad, al abuso de sustancias o los trastornos del comportamiento alimentario. Si a la falta de conocimientos se añade la falta de tiempo para dedicarse a ellos, la dificultad de manejar la intimidad y confidencialidad de los temas entre el paciente, sus padres y el médico, es fácil comprender por qué estos pacientes no son queridos en casi ninguna práctica médica.

Además existen notables barreras para que el adolescente, por iniciativa propia, se relacione con el médico: unas *burocráticas*, pues para acudir a la consulta hay que citarse e identificarse y muchas veces desconoce quién es su médico o qué centro le corresponde; y otras *relacionales* por la escasa confianza para contar sus problemas a los facultativos, o por creer que es capaz de controlar todas las situaciones y tener poco sentido del peligro.

Todo ello obliga a cambiar ciertos esquemas de relación muy arraigados, ya sean rígidos o convencionales, por otro tipo de práctica asistencial, por ejemplo: asegurarle siempre la confidencialidad en sus consultas, estar dispuesto a pactar compromisos pero a la vez exigirle su cumplimiento y prestarle apoyo ante sus dudas, habilitar consultorios en escuelas, institutos, universidades, furgonetas móviles, es decir, acudir adonde se encuentran los adolescentes. A diferencia del adulto que busca a su médico, aquí el médico tiene que buscar o atraer al joven. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) dio una serie de recomendaciones sobre las características que deben reunir las consultas de adolescentes para facilitar su accesibilidad: disponibilidad, visibilidad, calidad, confidencialidad, económicamente accesibles, flexibles y coordinación entre servicios. Actualmente la mayoría de estas premisas son fruto del voluntarismo del profesional sin contar con apoyo institucional.

Para poder atender a la complejidad y multiplicidad de sus problemas, el adolescente necesita una atención multi e interdisciplinar donde participen diferentes profesionales: salud mental, ginecólogo, endocrinólogo y servicios sociales entre otros, aunque sea en un profesional en concreto (pediatra o médico de familia) en quien deposite su confianza, el cual puede coordinar su atención.

A principios de año 2013, **el gobierno aprobó ampliar hasta los 18 años la edad en que los niños puede ser atendidos en las unidades pediátricas de los hospitales**, como parte del Plan de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (actualmente pendiente de salir en el BOE). Es deseable que progresivamente también se vaya implantando en atención primaria. Ello obedece a una demanda de muchos pediatras y sobre todo de las familias de los niños con enfermedades crónicas. No se entiende que un niño de 14 años, en una edad crítica, cuando aún no ha concluido su crecimiento y desarrollo, deba pasar de un cuidado pediátrico individualizado, supervisado, orientado en la familia y coordinado con la escuela y el entorno, a un cuidado de adulto, mucho más impersonal, que ofrece menos orientación, centrado en la salud-enfermedad y no en los aspectos del desarrollo. El cambio del cuidado pediátrico al modelo adulto conlleva una ruptura importante y hace que en ocasiones se pierda el seguimiento, la adherencia al tratamiento y también que aumente el número de ingresos del paciente.

Esta opinión es coincidente con lo que dicen, desde hace años, organizaciones internacionales como UNICEF, Naciones Unidas, OMS, y como sucede en países de nuestro entorno, EE.UU. y Sudamérica. De esta forma se cumple con la Carta Europea de los Derechos del Niño (*considera niño toda persona menor de 18 años*) y con la Orden Ministerial SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas: *"Pediatría es la medicina integral del periodo evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, época cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social que, en cada momento, se liga a la íntima interdependencia entre el patrimonio heredado y el medio ambiente en el que el niño y el adolescente se desenvuelven."*

Por todo lo expuesto, es preciso estructurar y coordinar la atención a esta edad mediante programas preventivos, asistenciales y planes de acción adecuados a sus necesidades, evitando barreras y contando con los propios adolescentes y la formación adecuada de los profesionales.

Es imprescindible que se reconozca la especialidad de Medicina de la Adolescencia y que en España se empiecen a formar especialistas para mejorar la calidad asistencial a estos pacientes, para desarrollar la investigación en este ámbito y para garantizar la formación de futuros profesionales. El grupo de formación y acreditación de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA) ha realizado un Programa de Formación para los profesionales pediatras y residentes de pediatría. Actualmente se está trabajando en colaboración con la Asociación Española de Pediatría (AEP) para su reconocimiento a nivel del Ministerio de Sanidad al igual que para otras especialidades pediátricas.

Bibliografía

1. Britto MT, Slap GB, DeVellis RF, Hornung RW, Knopf ADAM, De Friese GH. Specialists understanding of health care preferences of chronically ill adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2007;40:334–41.
2. Comisión Nacional de Especialidad. *Guía de formación de especialistas en pediatría y sus áreas específicas*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. 1996.
3. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. *Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*. 2005.
4. Hidalgo MI, González MP, Montón JL. Atención a la adolescencia. *FMC. Form Med Contin Aten Prim*. 2006;13:1–49.
5. Mah JK, Tough S, Fung T, Douglas-England K, Verhoef M. Adolescent quality of life and satisfaction with care. *Journal of Adolescent Health*. 2006;38:607e1–e7.
6. Ullán AM, Gonzalez-Celador R, Manzanera P. El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: los pacientes invisibles. *Rev Calid Asist*. 2010. doi:10.1016/j.cali.2009.12.006
7. Viner RM. Do adolescent inpatient wards make a difference? Findings from a National Young Patient Survey *Pediatric*. 2007;120:749–55.