

Adolescencia. Perspectivas asistenciales

M.I.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

Resumen

El adolescente no es un niño grande o un adulto pequeño, sino una persona con características y necesidades propias que requiere una atención diferente para atender su salud integral. En este artículo se expone qué profesional debe atender al adolescente, los aspectos a tener en cuenta para su atención, cual es la situación epidemiológica de la adolescencia en nuestro país, el pasado y presente de la medicina de la adolescencia tanto a nivel internacional como nacional y las perspectivas asistenciales futuras.

Palabras clave: *adolescencia, salud integral, medicina del adolescente, atención médica.*

Abstract

The adolescent is not a big child or a small adult, but a person with specific characteristics and needs that will therefore, require a different care to cover his/her overall health aspects. This article will discuss which professionals should take care of him, the particular considerations for his care, the epidemiological situation of adolescents in Spain, past and present of international and national adolescent medicine, and future prospects in their health care.

Keywords: *adolescence, comprehensive health, adolescent medicine, medical care.*

Concepto de adolescencia

La adolescencia es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Es un período de importantes cambios que afectan a las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la persona. Es preciso tener en cuenta que el adolescente no es "un niño grande o un adulto pequeño" sino una persona que tiene características y necesidades propias y que requiere un enfoque de atención diferente.

La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad. La AAP (*American Academy of Pediatrics*) ya en 1977 y 1988 recomendaba seguir

a los pacientes hasta el final de su maduración, los 21 años y la SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Se suele esquematizar la adolescencia en tres etapas que pueden solaparse entre sí: inicial, media y tardía.

La adolescencia es el periodo más sano de la vida desde el punto de vista orgánico, pero es un período muy problemático y de alto riesgo; la mayoría de sus problemas de salud son consecuencia de sus comportamientos y hábitos iniciados en esta edad y con efectos potencialmente graves para su vida actual y futura: lesiones, accidentes, violencia, delincuencia, consumo de tabaco, alcohol, drogas, conductas sexuales de riesgo que conducen a embarazos no deseados e infecciones, problemas de salud mental (de la conducta, del aprendizaje y familiares), entre otras.

La mayoría de estas conductas son prevenibles. Se sabe que prevenir las conductas no saludables es más fácil que modificar las conductas una vez que ya se han instaurado. Es preciso el desarrollo de habilidades para la vida y promocionar la resiliencia o factores protectores (1).

¿Qué es la salud?

El concepto de salud ha ido evolucionando en los últimos años, así la OMS en 1946 la definía como la ausencia de enfermedad contemplando solo el aspecto biológico. En 1976 como un estado de completo bienestar físico, mental y social que apuntaba ya hacia una salud integral, y en 1985 como "la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente".

Por ello, la acción sanitaria debe ir más allá de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas e incorporar la educación para mejorar y mantener la salud.

Según Simón Barack (2), consejero ejecutivo y director del grupo de trabajo estratégico de la Confederación Europea de Pediatras de Atención Primaria, "si queremos una población saludable, debemos formar una atención médica basada en una tecnología práctica, científica, adecuada e igualitaria, de métodos accesibles y aceptables, practicada con plena participación y cooperación de la comunidad en la cual se ejerce, y realizada dentro de un presupuesto permisible y a un coste posible"

En el cuidado de la salud, además de todos los profesionales sanitarios que deben abarcar la promoción, prevención, curación y rehabilitación, actualizando periódicamente esos conocimientos, intervienen otros muchos estamentos como educadores, productores de alimentos, industrias, ingenieros..., pero el protagonista principal es el médico

¿Quién debe atender al adolescente?

Este tema ha sido objeto de polémica. Muchos pediatras están de acuerdo con el Prof. Vallbona (3) en que el pediatra, por sus características, sigue siendo el especialista idóneo para atender adolescentes, pero en realidad ¿están todos los pediatras motivados y preparados para atenderles?

La atención del adolescente pertenece a todos aquellos profesionales que se interesan por él, y más importante que la titulación es el querer hacerlo, la motivación y predisposición para abordar sus problemas de salud (4-6).

Para atender adolescentes y establecer una buena relación se necesita: interés, sentirse a gusto con el joven, tiempo, conocimientos y experiencia profesional en el trato con los jóvenes; adquiriéndose ésta última con la práctica. Igualmente serán imprescindibles: privacidad, confidencialidad, realizar educación para la salud, contar con la familia y el entorno, así como tener presente los aspectos éticos y legales. Todo acto médico necesita el consentimiento del paciente, y para que este consentimiento sea válido el individuo que lo otorga ha de tener la capacidad de obrar con madurez suficiente.

Legalmente no hay límites definidos sobre cuando se alcanza la madurez. Desde los trabajos de Piaget (7) sabemos que a los 12-13 años se pasa del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez.

Giedd en 2004, demostró que hasta los 25-30 años no se alcanza el desarrollo completo de los mecanismos neurofisiológicos de la corteza prefrontal, gracias a lo cual se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer: la maduración definitiva (8). Esto puede ayudar a explicar por qué los adolescentes son más propensos a conductas de riesgo como el abuso de alcohol y otras drogas o consentir relaciones sexuales arriesgadas. A diferencia del adulto, que tiene el lóbulo frontal totalmente desarrollado, un adolescente puede dejarse llevar por el primer impulso emocional de ira (amígdala) ante un compañero que le insulta y empezar una pelea, o adoptar diferentes conductas de riesgo.

Situación epidemiológica de los adolescentes en nuestro país

En cuanto a la situación epidemiológica 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).

En los últimos 50 años ha disminuido *la mortalidad* en todas las franjas de edad, excepto en la adolescencia y juventud, siendo prevenibles un alto porcentaje de ellas. 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; seguidos de los tumores, enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio y del sistema nervioso.

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 en el pasado se fallecía antes de llegar a la adolescencia como cánceres, cardiopatías congénitas o fibrosis quística del páncreas (9).

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

Historia de la medicina de la adolescencia

Fue a mediados del siglo XIX cuando se desarrolló el concepto moderno de adolescencia. Los primeros servicios de salud dedicados especialmente al cuidado de los adolescentes se organizaron en las escuelas de varones de Gran Bretaña. En 1884 se fundó allí la Asociación de Médicos Escolares.

Progresivamente se fue desarrollando a nivel internacional y a mediados del siglo XX se produjeron una serie de cambios que estimularon un mayor interés por la medicina del adolescente (MA):

1. Los cambios demográficos y sociales dieron lugar a que el adolescente se hiciera visible y se transformase en objeto de interés
2. Los cambios en salud pública permitieron la transformación desde la medicina curativa hacia la medicina preventiva y rehabilitadora
3. La investigación científica, produjo importante información acerca de la biología de la pubertad y de la adolescencia

De esta forma, en 1951 el Dr. Roswel Gallagher estableció el primer Programa de Medicina de la Adolescencia en Boston. En la misma década se establecieron centros en Argentina, Chile, Brasil, y México. Estos programas desarrollaron un modelo llamado de "clínicas etarias". En la década de los 90 la Medicina de la Adolescencia estaba firmemente establecida en los Estados Unidos, donde en 1995 se otorgó ya el título de subespecialidad. En el pasado año 2013 solo en EEUU había 26 programas de formación en MA.

En España, en **1985 se fundó la Unidad de Medicina del Adolescente en el Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús**, en Madrid, que en la actualidad continúa desarrollándose sobre todo en el área de la psiquiatría infantil y con la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario.

La SEMA (Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia) se fundó en 1987. En mayo de 1999, en el X Congreso de la SEMA realizado conjuntamente con la ALAPE (Asociación Latino Americana de Pediatría), se emitió la declaración de Santiago de Compostela, en la que estas Sociedades Científicas se ofrecían a colaborar en el desarrollo y proyectos relacionados con la adolescencia y juventud.

En el año 2000 se estructuró la Unidad de Medicina del Adolescente del Hospital Gregorio Marañón, centrada en psiquiatría. En Atención Primaria (AP), los pediatras atienden oficialmente adolescentes hasta los 14-16 años según las diferentes CCAA; así en Cataluña y Navarra se atiende hasta los 15 y en Cantabria hasta los 16. En algunas comunidades se atiende, de forma totalmente voluntaria por parte del profesional, incluso hasta los 18-20 años. La AP constituye un pilar fundamental debido a su fácil acceso y al haber establecido una buena relación de confianza entre el joven y su pediatra desde la infancia, que se va adaptando con la edad.

La atención médica al adolescente no está adecuadamente estructurada en España

En la actualidad, la atención a los adolescentes en nuestro país no está adecuadamente organizada. Esto se debe a varias causas:

1. Hasta hace pocos años, el adolescente ha sido el "gran ausente" en la cartera de servicios de los centros de AP. Actualmente está incluida pero muchos profesionales no están adecuadamente preparados para atenderles. La mayoría de las actividades preventivas del adulto se aplican a partir de los 18 años.
2. Respecto a la atención en los hospitales, existe evidencia de que los jóvenes que son atendidos en unidades específicas para adolescentes manifiestan una mayor satisfacción con el cuidado recibido que los que ingresan en unidades pediátricas o de adultos (10,11). La consideración actual de los adolescentes dentro del sistema hospitalario español presenta muchas carencias (12): No tienen garantizado el apoyo educativo durante su estancia en el hospital y las alternativas de ocio y de ocupación del tiempo de hospitalización a que pueden acceder son las mismas que para los adultos.
3. No se atiende a su salud integral (aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales). A partir de los 14-16 años, según las diferentes CCAA, los adolescentes son atendidos en AP por médicos de familia, y en los hospitales en los servicios de medicina interna o diferentes especialidades. Se ofrece una asistencia aislada según las diferentes disciplinas.
4. No existe una formación adecuada en MA. En Pediatría no hay un programa docente integral ni en el pregrado, ni en el postgrado ni en el sistema MIR. Tampoco en Medicina de familia ya que no consta como objetivo en su programa de formación. Al no disponer de facultativos formados, la atención a este colectivo cada vez es más deficitaria.
5. Los pediatras están disminuyendo de forma importante sobre todo en AP. Esto es debido a la excesiva demanda, a tener el salario más bajo dentro del sistema de salud y a que los propios compañeros les reconocen menos, se les ve como médicos de segunda clase (menos publicaciones frente a las subespecialidades). Los jóvenes residentes prefieren la complejidad tecnológica y la medicina hospitalaria y de especialidades.
6. La mayoría de los profesionales rechazan la atención a los adolescentes pues no se sienten seguros y capacitados para manejar sus diferentes problemas de salud
7. Existen además una serie de barreras para el acceso del joven a los servicios sanitarios. 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.

Recientemente, a primeros de 2013, se ha aprobado el **Plan de Infancia y Adolescencia 2013-2016** que amplía la edad en que los niños puede ser atendidos en las **unidades pediátricas de los hospitales hasta los 18 años**. Sería deseable que progresivamente se vaya incorporando esta misma edad en la asistencia en AP. Esta medida que ha adoptado el Gobierno obedece a una demanda de muchos pediatras y sobre todo de las familias de los niños con enfermedades crónicas.

Esta opinión coincide 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 a toda persona menor de 18 años) y con la Orden Ministerial SCO/3148/2006, del 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría

y sus Áreas Específicas. *“Pediatria 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.”*

Perspectivas futuras

Por todo lo anterior, es imprescindible que en España se empiecen a formar en el futuro *especialistas en Medicina de la Adolescencia* para mejorar la calidad asistencial, desarrollar la investigación y garantizar la formación de futuros profesionales. La SEMA ha realizado recientemente un Programa de Formación para los profesionales pediatras y residentes de pediatría.

Es preciso *el reconocimiento de la subespecialidad* y actualmente se está trabajando en este sentido a nivel del Ministerio y en colaboración con la AEP, al igual que para otras subespecialidades pediátricas.

Con la consolidación de la MA como nueva subespecialidad es predecible que en el futuro, la meta sea el *trabajo interdisciplinario en asistencia, investigación y docencia*.

Respecto al Modelo asistencial, son necesarias unidades hospitalarias multidisciplinares y a nivel de AP se estructurará según la disponibilidad y circunstancias. El Dr. Raiola (13) propone en Italia una asistencia estructurada en dos niveles:

- *Primer nivel* que corresponde a Atención Primaria con tareas de educación sanitaria, prevención, detección, filtro y tratamiento cuando sea posible y que implica adquirir una competencia en MA.
- *Segundo nivel* situado en áreas pediátricas multidisciplinares, especializadas, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, con camas para adolescentes que no estarán en servicios de adultos. Será dirigido por un pediatra de reconocida competencia en la materia.

Esta organización supone también la existencia de modalidades programadas para la transición entre los servicios pediátricos y los de adultos que permiten al nuevo médico recibir toda la información sobre el adolescente que pasa a su jurisdicción.

Son necesarios *Programas Preventivos, Asistenciales y Planes de Acción* de acuerdo a sus necesidades y contando con la opinión de los jóvenes.

Igualmente será preciso reorganizar los recursos disponibles, estar a la altura de los complejos desafíos futuros y la colaboración entre los diferentes estamentos: familias, sanitarios, docentes, y autoridades sanitarias.

Bibliografía

1. Hidalgo MI, González MP, Montón JL. Atención a la adolescencia. FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2006;13:1-49
2. Barak S. Pasado, presente y futuro de la pediatría de Atención Primaria en Europa. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012, Madrid. Ediciones Exlibris 2012 p 61-71
3. Vallbona C. El Pediatra, especialista idóneo para el adolescente. An Esp Pediatr 1987; 27 (s27): 87-92
4. El Adolescente. Dulanto E (ed) McGraw-Hill Interamericana México; 2000. p 143-164
5. Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suárez Ojeda EN (eds): Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1992 p 1-46
6. Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, G Castellano Barca, eds. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª Ed. Majadahonda- Madrid: Ergon, 2012 p 11-19
7. Piaget, J. The intellectual development of the adolescent. En G. Caplan & S. Lebovici (Eds.), Adolescence: Psychosocial perspective. Basic Books. New York: 1969 p. 22-26.
8. Giedd. J. N.. Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. Annals of the New York Academy of Sciences, 2004, 1021, 77-85
9. Litt IF. Evaluation of the Adolescent Patient. Hanley and Belfus Inc. Philadelphia (USA)1990
10. 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.
11. -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
12. 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
13. Atención Sanitaria al adolescente en Italia. Adolescencia: distintos países, distintas experiencias BOL PEDIATR 2007; 47 (SUPL. 1): 60-64