



M.I. Hidalgo Vicario

Directora Ejecutiva de *Pediatría Integral*

“La adolescencia es una fase adaptativa del desarrollo del ser humano, la época en que se estructura el proyecto de vida de la persona; presenta unos problemas y necesidades de salud especiales y tiene derecho a encontrar un profesional sanitario preparado y competente. Invertir en esta época es garantizar el futuro de todos”

Editorial

MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA: SU IMPORTANCIA EN LA SOCIEDAD ACTUAL

La adolescencia es un periodo de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales, que se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, es decir, la pubertad, y finaliza alrededor de la 2ª década de la vida, cuando se completa el crecimiento físico y la maduración psicosocial. Su duración es imprecisa, habiendo aumentando en los últimos tiempos debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del periodo de formación escolar y profesional.

Durante esta época de la vida se completa el crecimiento y desarrollo físico, y se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del adolescente a la edad adulta: 1) adquirir una independencia respecto a los padres; 2) tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo; 3) relación con los amigos y adopción de estilos de vida; y 4) establecer una identidad sexual, vocacional, moral y del yo. La adolescencia es el periodo más sano de la vida desde el punto de vista orgánico, pero es un **periodo muy problemático y de alto riesgo**; la mayoría de sus problemas de salud son consecuencia de comportamientos y hábitos que se inician en esta edad, con consecuencias 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 de transmisión sexual, problemas de salud mental, del aprendizaje y familiares, entre otros. **La mayoría de estas conductas son prevenibles**; por ello, es importante la actuación responsable de los profesionales sanitarios.

Diversos estudios demuestran que las conductas de riesgo han ido aumentando entre los adolescentes debido al rápido cambio socio-cultural, a la falta de coordinación entre los sistemas educativos y el mundo del trabajo, a la desestabilización de la familia como institución y a la “conducta exploratoria” propia del adolescente.

Debido a la complejidad de los problemas, la atención debe ser **multi e interdisciplinar**, aunque sea en un profesional en el que el joven deposite su confianza, que coordine su atención. Aunque la adolescencia es el ámbito de interés de muchos pediatras, es preciso contar también con otros profesionales: psiquiatras, psicólogos, ginecólogos, endocrinólogos y sociólogos, entre otros.

Situación actual y atención de los adolescentes

El **número de adolescentes** en España 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).

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 por las cuales hace años se fallecía antes de llegar a la adolescencia (enfermedades crónicas, cánceres, cardiopatías congénitas).

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. El 75% habían probado el alcohol alguna vez y el 63% en el último mes. El 40% habían fumado tabaco alguna vez. El 33% habían probado el *cannabis* alguna vez y el 17,2% en el último mes. En 2011, la tasa de interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes menores de 19 años por mil mujeres fue de 14,09. El 9% de los escolares y adolescentes en España sufren obesidad y el 33% sobrepeso. El acoso escolar afecta al 10-12% de los alumnos. Los problemas de salud mental o del comportamiento afectan al 10-20%. Uno de cada 3 jóvenes no acaba la enseñanza secundaria y a la edad de 15 años tenemos la tasa más alta de repetidores de toda la UE.

Mortalidad

Los accidentes y actos violentos constituyen la principal causa de muerte, seguidos de los tumores y enfermedades del aparato circulatorio. El 60% de los accidentes de tráfico suceden en el fin de semana y en gran proporción están relacionados con el alcohol. En los últimos 50 años ha disminuido la mortalidad en todas las franjas de edades, excepto en la adolescencia.

A pesar de que los problemas socio-sanitarios de los jóvenes son muy importantes, **su atención no está adecuadamente organizada en nuestro país.**

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.

Actualmente, a nivel general, los niños a partir de los 14-16 años, según las diferentes CC.AA., 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, como ya se ha comentado.

A pesar de que sus problemas son complejos, apenas acuden a consultar **porque hay 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. Pero, a la vez, falta tiempo y en ocasiones preparación de los profesionales para enfocar

adecuadamente los conflictos; y, lo más frecuente, el ritmo de las consultas no está adaptado a unas necesidades muy específicas de diálogo con jóvenes de estas edades.

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. Para facilitar la relación médico-paciente-padres, el profesional debe conocer las características de la adolescencia y sentirse cómodo con el joven; se tendrán en cuenta, además de la confidencialidad, la privacidad, hablar a solas con el joven en alguna parte de la entrevista. Igualmente empatía, hacer de abogado y consejero, nunca de juez; tranquilizar; realizar educación para la salud con “guías anticipadas” y contar con la familia, educadores y otros recursos comunitarios.

Tampoco hay un programa docente integral sobre la adolescencia, ni en los estudios de pregrado ni en los de postgrado, ni en nuestro sistema MIR. No se contempla la adolescencia como grupo especial, como se contemplan la infancia, la madre gestante o el anciano.

Es preciso estructurar y coordinar la atención a esta edad **mediante programas preventivos, asistenciales y planes de acción** adecuados a sus necesidades, contando con los propios adolescentes y la formación adecuada de los profesionales. De esta forma, se favorecerá una mejor salud de la futura población adulta, disminuyendo una carga económica evitable a los sistemas de salud en el futuro. Esta vinculación entre salud y economía nos permite reconocer a la niñez, adolescencia y juventud como etapas cruciales para intervenir en la salud de las personas (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2010).

Edad pediátrica

Respecto a los límites de la edad pediátrica, el límite inferior está claramente establecido en el momento del nacimiento o, para algunos, en el momento de la concepción, pero para el límite superior no está tan preciso. Hace más de 30 años, cuando la natalidad en España era muy elevada y el número de pediatras era escaso, se puso el tope de atención en los 7 años de edad. Posteriormente, fue subiendo la edad hasta los 10 años y actualmente a los 14 años, aunque, desde los 10 años, los padres pueden elegir pediatra o médico general para sus hijos; además, esta cifra varía según las diferentes CC.AA.; así, en Cataluña se llega a los 15 años y en Cantabria hasta los 16. En diferentes hospitales de nuestro país se mantiene hasta los 18-20 años, sobre todo en la atención a los pacientes crónicos, así como en la medicina privada.

Según la Convención de Derechos Humanos de 1990: “Es niño todo sujeto hasta los 18 años de edad”. La OMS considera adolescencia de 10-19 años y juventud entre los 19 y 25 años. La AAP (*American Academy of Pediatrics*), ya en 1972 y en 1988, recomendaba seguir a los pacientes hasta

el final de su maduración los 21 años, distinguiendo 3 etapas: adolescencia inicial, media y tardía. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa igualmente entre los 10-21 años.

La Pediatría es una especialidad médica ligada como ninguna otra al crecimiento físico, psíquico y social; resulta obvio decir que el crecimiento no ha concluido a los 14 años. El pediatra está acostumbrado a tratar a individuos en constante crecimiento y desarrollo, a realizar prevención y educación para la salud, tiene amplios conocimientos médicos y conoce al paciente desde el nacimiento, con el que establece una relación de confianza que va cambiando con la edad; por todo ello, **parece apropiado, que el pediatra continúe la atención hasta los 18 años de edad.** No se entiende que la edad pediátrica termine a los catorce, dejando al adolescente desprotegido hasta llegar a la edad adulta. Así sucede en EE.UU., Sudamérica y en muchos países de nuestro entorno. Para todo ello, no se requeriría aumentar los recursos sanitarios actuales, sólo racionalizar y organizar la asistencia actual

ya que no se corresponde la demanda sanitaria pediátrica con la morbilidad.

En Atención Primaria sería deseable que el adolescente, a partir de los 14 ó 15 años, pudiera elegir, libremente, si sigue siendo atendido por el pediatra o por el médico de familia y realizar el proceso de transición de forma progresiva. Esto, por supuesto, implica un compromiso de los pediatras con esta edad y requerirá una mayor formación en determinadas disciplinas que igualmente son necesarias para la atención integral de la salud en las diferentes etapas de la vida.

En definitiva, la adolescencia es una fase adaptativa del desarrollo del ser humano, la época en que se estructura el proyecto de vida de la persona; presenta unas necesidades especiales y tiene derecho a encontrar a un profesional sanitario preparado y competente para prevenir, ayudar y resolver sus problemas de salud. Invertir en esta época es garantizar el futuro de todos, como indica el Programa de Acción Mundial para Jóvenes de Naciones Unidas.