

## ADOLECA 2013

### POR QUÉ MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA

Germán Castellano Barca  
Pediatra acreditado en Medicina de la Adolescencia  
Consulta joven  
Santander-Cantabria-España

#### INTRODUCCIÓN

El pediatra está habituado a tratar a lactantes y niños y superar la barrera asistencial de los 14 años plantea algunas dificultades que aumentan a medida que el paciente va cumpliendo años hasta llegar a los 16, edad pediátrica máxima por ahora, para lo referente a asistencia extrahospitalaria ya que en hospital se sigue atendiendo hasta los 18 años.

La Pediatría es una especialidad médica ligada como ninguna al crecimiento físico, psíquico y social y resulta obvio decir que el crecimiento no ha concluido a los 14 años, por lo cual parece lógico que el pediatra atienda a los adolescentes, sin pretender la exclusividad, por las razones indicadas, y por los conocimientos que tiene de ese paciente al que atendió desde el nacimiento.

Por otra parte la atención al adolescente necesita de una intervención multiprofesional como recogemos más adelante, y aunque ha de entenderse que en este texto se plantea el tema desde la práctica médica es obvio que se necesita la colaboración de otros profesionales.

Los rápidos cambios sociales que se producen en muchos países del mundo, entre los que está España, plantean dudas sobre la edad hasta que llega la adolescencia y juventud y cuando el sujeto es adulto. La OMS considera parte de mujer adulta el producido cuando esta haya cumplido 20 años. Según la Convención de Derechos Humanos de 1990 "es niño todo sujeto hasta los 18 años de edad". Nos parece acertado el criterio de la ONU que considera adolescente a los sujetos de 12 a 18 años de edad y jóvenes de 18 a 24 aunque en algunos países también les incluyen desde los 10 años. Recientemente se ha acuñado un nuevo término: adolescentes para referirse a los jóvenes de 24 a 30 años de edad, y en ocasiones mas, que siguen viviendo en casa de sus padres con la dinámica socio-familiar que esto plantea.

Teniendo en cuenta este planteamiento parece razonable considerar Adolescencia hasta los 18 años, coincidiendo con la mayoría de edad en nuestro país, y juventud hasta los 24 años dado que a partir de esa edad las nuevas generaciones asumen funciones que antes eran competencia de personas de mayor edad.

En todo caso nuestros jóvenes se emancipan tarde por razones de estudio, trabajo, carestía de vivienda y en algunos casos por comodidad, haciéndolo ellas alrededor de 28 años y ellos a los 30-31 años lo que conlleva problemas

diversos. Los jóvenes españoles tienen madurez cronológica pero no psico-social.

Por otra parte los adolescentes y jóvenes serán nuestro relevo generacional pero antes de llegar a la inclusión social, cuando sean adultos, constituyen una fuerza de primera magnitud a todos los efectos a la que hay que prestar la atención debida.

## REFLEXIONES

Debemos tener en cuenta la advertencia que hacen los expertos acerca de la existencia del riesgo para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, entendiendo por sostenibilidad la calidad que propicia el mantenimiento del sistema tanto cualitativa como cuantitativamente y que puede incrementarse dentro de un equilibrio prestaciones /financiación.

El informe desarrollado por Fonética sobre Responsabilidad Social en España alerta sobre la necesidad de aportar soluciones globales ya que la productividad y la competitividad dependen de la salud de los ciudadanos en un mundo intercomunicado, y donde se pretende sobre todo crear un imperio económico. Los expertos opinan que los sistemas sanitarios en todo el mundo no se podrán sostener en 15 años si no se introducen cambios.

Teniendo en cuenta estos aspectos proponemos un acercamiento al modelo asistencial que contribuirá al bienestar de la población joven y que podría basarse en los siguientes puntos:

- a**-Se necesita una Atención Diferente para una edad diferente.
- b**-Las Políticas Sanitarias, salvo excepciones, no se ocupan específicamente de este grupo de edad.
- c**-La experiencia demuestra que los problemas socio-sanitarios juveniles siguen creciendo, lo cual indica que el sistema socio-sanitario precisa correcciones.
- d**-Parece evidente que “sin las juventudes no es posible la democracia, el desarrollo equitativo y la cohesión de estado” como afirma la Consultora Internacional de Adolescencia y Juventud D. Krauskopf.
- e**-Hay que diferenciar Políticas de Estado de las Políticas de Gobierno y Políticas Públicas de los Planes de acción .Estos últimos pueden partir de la iniciativa individual o de grupos que los proponen y elevan a las autoridades sanitarias, las cuales pueden asumirlos. Esta modalidad puede ser la más práctica y rápida a la hora de poner en marcha Programas de Atención al Adolescente y Joven.

Recordemos que en 1994 la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo declaró que” mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a lo mas tardar para el año 2015”.

**f**-Se habla de Neonatología, Pediatría, Medicina de Familia, Geriatría y también debe hablarse de la HEBIATRIA, especialidad médica que cuida a los adolescentes de 10-20 años.

**g**-Los adolescentes y jóvenes deben estar incluidos en el diseño de planes de Acción dirigidos a ellos, a través de una participación especial (breve tiempo), estructurada (largo tiempo), bien de forma directa, o indirecta a través de otras colaboraciones o entidades. Habitualmente los Planes parten de los adultos sin oír otras opiniones.

Recordamos que el artic 12 de la Convención sobre Derechos del Niño establece:"Los Estados Partes garantizarán al niño y adolescente que esté en condiciones de formarse un juicio propio y el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afectan teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones en función de la edad y madurez".

En septiembre de 2006 según los resultados de una encuesta realizada por la Alianza de Organizaciones de Pacientes (IAPO) a pacientes de diez países de la UE entre el 63% y el 95% reclama el derecho a participar en la toma de decisiones sanitarias que afectan a sus vidas. El 39% votaría en política a quien mejor defendiera sus intereses sanitarios.

A la vista de lo expuesto aparece una contradicción, ya que si los recursos sanitarios futuros están en peligro será difícil crear "nuevas atenciones" para el grupo de edad juvenil. La contradicción es solo aparente ya que esos posibles nuevos planes pueden ser desarrollados por los sanitarios actuales racionalizando la asistencia actual (no hay correspondencia entre la demanda sanitaria y la morbilidad), y además con esas acciones preventivas se pueden evitar patologías que actualmente están costando mucho dinero al erario público.

## **ALGUNOS ASPECTOS PREOCUPANTES**

Me refiero en este apartado a algunos problemas actuales en la adolescencia, algunos de los cuales no pertenecen exactamente al ámbito médico, pero que tienen gran importancia y repercuten en la salud del adolescente.

**-Accidentes de tráfico** de los cuales el 60% sucede de viernes a domingo y con alcoholemias positivas en el 40% de los casos, siendo de motocicleta el 15%.

.Entre el 15% y el 20% de los jóvenes de entre 14 y 18 años reconocen que han viajado alguna vez en vehículos conducidos por personas bajo los efectos del alcohol. Además a los 18 años el 14,9% ha conducido un vehículo a motor después de haber bebido alcohol. Los adolescentes españoles de 14 a 17 años representan el 4% de la población y cada año cuatro de cada mil son víctimas de accidente de tráfico resultando heridos o fallecidos.

Terminemos mostrando nuestra satisfacción porque desde hace unos años las cifras de accidentes con muerte han disminuido a la mitad, no tanto la de los adolescentes y jóvenes implicados.

**-Suicidio.** Representa la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años a nivel mundial. El Comité de Derechos del Niño en su Observación General 11 del año 2009 decía que las tasas son más altas en los adolescentes y en los jóvenes indígenas por lo cual desde 2010 la OMS estudia el problema en profundidad y aplica programas de prevención.

Los datos de 2012 indican que la cifra mas alta de suicidio en adolescentes corresponde a Corea del Sur seguido por Chile donde en 2010 se quitaron la vida 8 adolescentes de 10-19 años por cada 100.000 habitantes.

**-Desarrollo psico-social tardío**

-Impera la cultura del mínimo esfuerzo, cuestión en la que todos tenemos parte de culpa.

**-Violencia** en la escuela y en la calle, en la mayor parte de los casos practicada por “diversión” y por sujetos psicológicamente normales, que no pertenecen a los grupos de riesgo como trastorno negativista-desafiantes o trastorno de conducta. El acoso escolar afecta al 10%-12% de los alumnos suponiendo el efectuado con las nuevas tecnologías el 3,8%.

**-Fracaso escolar.** Uno de cada 3 jóvenes no acaba la enseñanza secundaria y a la edad de 15 años tenemos la cifra más alta de repetidores de la UE si bien en los dos últimos años ha disminuido la cifra de abandono escolar. Hay menos estudiantes excelentes y más rezagados.

El informe de la IEA de 2012, citado en la bibliografía, realizado en España a 8580 escolares de cuarto de primaria (9 años) de 312 centros indica que los españoles están por debajo de la media de la OCDE y de la UE en lectura, matemáticas y ciencias coincidiendo con el informe PISA (15 años).

-Implicación creciente en procesos judiciales

**-Mala comunicación intergeneracional**

**-Ocio inadecuado.** Los datos indican que más de 600.000 menores se embriagan 2-3 días al mes. En 2012 la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, FAD, indica que el 36% de los adolescentes entre 14 y 18 años reconoce haberse emborrachado alguna vez en los últimos 30 días. A esa edad uno de cada tres no consume alcohol, otro tercio si lo consume y el tercio restante consume alcohol asociado a drogas ilegales.

Es aceptable que se patrocinen actividades para promover un ocio juvenil saludable pero creemos que esta es una solución parcial y sería deseable que parte de esos recursos económicos se derivaran a actividades preventivas a edades mas tempranas, entre los 10 y 14 años, con el fin de crear unas bases que permitan un “estilo de vida” diferente en la adolescencia-juventud que les permita eludir los riesgos de la edad joven

**Embarazo.** No es un problema prioritario en España pero si de gran trascendencia cuando se produce.

En la adolescencia se culminará la adquisición de una nueva identidad física, mental y social a lo largo de unos años, coincidentes con la “ tormenta hormonal”, y esos cambios se inician con una cierta independencia en su casa pasando mucho tiempo en su habitación y dedicando atención preferente a los pares, a sus amigos. Es el principio de la preparación para la separación y la nueva identidad personal y social futura que los padres deben conocer.

El retrato apuntado es preocupante solo hasta cierto punto ya que a lo largo de la historia de la humanidad se han vivido situaciones similares y en este sentido

es oportuno recordar lo que decía Hesiodo, siglo VIII a.c."No veo esperanza para el futuro de la humanidad si esta depende los jóvenes frívolos de hoy".El hecho cierto es que la familia ha de entender las nuevas situaciones que plantean los adolescentes como un eslabón mas en su proceso evolutivo y de madurez.

## **RESULTADOS DESEABLES**

El acrónimo de F Cruz que transcribo, NECESIDADES, se aproxima al resultado que quisiéramos obtener en la atención diaria con los adolescentes y que es compatible con la idea juvenil de "cambiar el mundo" y de ejercer la llamada " ciudadanía juvenil" en una situación de bienestar y progreso personal y colectivo.

**N**utrición

**E**stimulación. Estima

**C**omunicación. Confianza. Confidencialidad .Compresión. Cariño

**E**ducación .Equidad de género

**S**alud, Ser escuchados

**I**nformación. Igualdad social .Inversión

**D**esarrollo de habilidades

**A**utoconocimiento. Autoestima. Autocuidado. Asertividad .Amor Amistad

**D**ialogar. Divertirse .Disfrutar

**E**stabilidad emocional. Empatía

**S**ocialización. Seguridad. Servicios

No estamos de acuerdo con la condena casi general que se hace a los adolescentes y jóvenes cada vez con más frecuencia, aunque reconocemos que hay aspectos de su estilo de vida que son manifiestamente mejorables. Las autoridades se implican cada vez mas para frenar el consumo de alcohol, drogas ilegales y atajar la violencia.

No se valora debidamente el esfuerzo ni se inculca el amor por las cosas bien hechas, por la belleza, por la verdad, la justicia y la libertad y las palabras abnegación y sacrificio han pasado a la historia.

Aunque va cambiando la actitud de los médicos es oportuno recordar la profunda tradición paternalista en España, posiblemente por razones sociológicas, históricas, culturales y religiosas y que data del siglo IV a.C. ya que para los griegos y los médicos de siglos posteriores ser paternalista era signo de distinción profesional y la forma lógica de actuar.

## **.PROGRAMAS ESPECIFICOS**

Creemos que es necesaria una política de Programas Preventivos, Asistenciales y Planes de Acción contando con la opinión de los jóvenes a través del emponderamiento que significa darles la oportunidad de tomar decisiones sobre asuntos que afectan a su vida (Cuarto Foro Mundial de la Juventud 2001).Las acciones que se emprendan serán específicas, medibles, alcanzables, realistas y limitadas en el tiempo. La selección de las mejores

prácticas implica: Bases Éticas, Efectividad, Relevancia, Eficiencia, Innovación y Sostenibilidad en el tiempo.

Los artículos 6,24 y 27 de la Convención de los Derechos del Niño en el que están incluidos los adolescentes se ocupan del derecho a la mejor salud y desarrollo físico, mental, espiritual y social lo cual se consigue desde los ámbitos cultural, social, institucional, prevención de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores.

## **CONSIDERACIONES TEORICAS PARA LA PRÁCTICA DIARIA**

Existen programas diversos para mejorar la Salud Integral de adolescentes y jóvenes pero su puesta en práctica no consigue los efectos deseados en muchos casos. A través del consejo y tratamiento adecuados impartidos por el sanitario, u otros profesionales, en la consulta se estimulará la participación en el proceso de construcción de capacidades para lograr la inclusión social del adolescente y del joven.

La Segunda Conferencia Mundial sobre los Derechos del Niño (Viena 1993) incide en la universalidad del derecho a la salud integral. La primera Conferencia Mundial de Ministros encargados de la Juventud se celebró en 1998 en Lisboa y se orientó a la aplicación del PAMJ (Plan Acción Mundial Juvenil) de Naciones Unidas diseñado hasta el año 2000 y años subsiguientes, y según el cual se pueden hacer distinciones en los niveles de participación ya que es necesario el emponderamiento juvenil o sea la participación en la toma de decisiones que adopta diferentes formas:

**1-Información:** los jóvenes son informados de las políticas y actividades que los adultos han decidido.

**2-Consultores de iniciativas de adultos:** los adultos deciden cuando y en qué temas los jóvenes son consultados.

**3-Consultores de iniciativas juveniles:** los jóvenes pueden proponer temas y actividades pero no tienen poder en las decisiones.

**4-Igualdad en las decisiones:** los adultos y los jóvenes comparten igual poder en la adopción de decisiones.

**5-Autonomía:** los jóvenes toman la iniciativa y conducen proyectos por sí mismos.

G. Raiola propone en Italia una **asistencia basada 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 Adolescentología.

**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.

## OBJETIVOS Y EVALUACION

Creemos necesario dar un paso más y constatar que las acciones emprendidas son eficaces. La atención diaria debe fijar unos objetivos específicos, medibles en lo posible, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo.

La evaluación indicará si se cumplen los objetivos, en este caso en la atención diaria, de manera efectiva y eficiente, permite identificar cualquier problema o tomar las medidas necesarias para corregir el rumbo, así como estimar cambios en la población juvenil atendida, y se desarrollará con arreglo a este planteamiento:

**Para qué es la evaluación**

**Quién la va a hacer**

**Preparar la estrategia para recogida de datos**

**Reunión de la información**

**Ánálisis de la información**

**Edición del informe**

**Seguimiento**

Aún reconociendo las dificultades existentes sería deseable que los adolescentes tuvieran más disponibilidad de profesionales sanitarios y no sanitarios interesados en su problemática para alcanzar una mejor Salud Integral. También es necesario que las políticas públicas dediquen más recursos a la medicina de la adolescencia y juventud para conseguir una Atención Diferente para una Edad diferente.

## EPILOGO

No es admisible la condena casi general que se hace a los adolescentes y jóvenes cada vez con más frecuencia, aunque es cierto que hay aspectos de su estilo de vida que no son los adecuados.

Reconociendo como dice Cardarelli que "el mundo de la adolescencia y juventud es un mundo de espera" en el que se fragua el proyecto de vida, es obligación de todos dar un paso adelante y prestar una asistencia acorde con los tiempos actuales. Los jóvenes son la mayor fuerza en el mundo contemporáneo. Invertir en ellos es garantizar el futuro de todos como pretende el Programa de Acción Mundial de Naciones Unidas Para Jóvenes. Se puede afirmar que la adolescencia es compleja y está determinada por múltiples factores bio-psico-sociales.

La familia es la unidad básica de salud, siendo la entidad idónea para educar y ejecutar la segunda "domesticación" que dicen los antropólogos, y que entendemos como socialización, (la primera es la que se ha hecho al niño hasta la pre-adolescencia) así como para la transmisión de valores y factores protectores.

La escuela ha de asumir el importante papel que le corresponde en esa misma tarea, y no está tan claro que la sociedad y los medios de comunicación, en general, se preocupen por esas funciones en la importante medida que también les compete. Los gobernantes deben hacer un esfuerzo para la prevención y la asistencia al grupo de edad juvenil, habitualmente en territorio de nadie,

promoviendo medidas adecuadas para evitar el consumo de drogas legales o evitar la violencia en lo posible ante el incremento que se está produciendo, por citar solo dos aspectos preocupantes.

En honor a la verdad hay que decir que lo que ahora aparece como una necesidad ante la deriva que toman algunos de los sectores de la sociedad, y que pueden influir negativamente en los jóvenes, no es algo nuevo. El médico cordobés Maimónides (1135-1204) decía: "la salud de la persona es anterior al tratamiento de la enferma, por eso tan solo los necios creen que el médico es necesario únicamente en caso de enfermedad declarada", "Has de saber que la medicina es una ciencia sumamente necesaria al hombre en todo lugar y toda época, no solamente en caso de enfermedad, sino también en estado de salud".

Los conceptos de Maimónides eran revolucionarios en su época, era medicina preventiva, y partiendo del concepto actual de salud integral, se entroncan con la protección y con la resiliencia, tan preconizada en la adolescencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Castellano Barca G. Políticas públicas y bienestar en la adolescencia. VIII Congreso Estatal de infancia maltratada. Santander. Noviembre 2006.
2. Castellano Barca. G .Políticas juveniles. Invertir en adolescentes y jóvenes es rentable. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. 2007 Vol. 47 num. 199:1-3.
3. Castellano Barca G. Atención al adolescente. Filosofía. Tratado de Pediatría extra-hospitalaria. SEPEAP. 2011; 1257-1261. Edit Egon.
- 4-Informe de la IEA (International Association for the Evaluation of Educational Achievement). Diciembre 2012.
5. Jenkins Renee R. Atención sanitaria de los adolescentes. Nelson Tratado de Pediatría 17 edición. Editorial Elsevier.2006:643-646.
6. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral.MI Hidalgo Vicario.A.M Redondo Romero. G. Castellano Barca.2<sup>a</sup> Edición. Editorial Egon 2012.
7. Primera Jornada de Construcción de Políticas Públicas para adolescentes y jóvenes. Congreso de Adolescencia y Juventud de Íbero América y el Caribe. Uniendo acciones. Buenos Aires. Agosto 2006
8. Raiola G. Proyecto de asistencia al adolescente a través de un programa de regionalización y estandarización de las estrategias de intervención.De Italia a Europa. Pediatría Integral 2008  
XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Suplemento I, 16-18

9. Redondo Figuero Carlos G. Gabriel Galdó Muñoz. Miguel García Fuentes. Atención al adolescente. Ediciones Universidad de Cantabria. 2008.