

# Proyecto de asistencia al adolescente a través de un programa de regionalización y estandarización de las estrategias de intervención. De Italia a Europa

G. Raiola

Presidente S.I.M.A. (Sociedad Italiana de Medicina de la Adolescencia)

La adolescencia se puede definir como «el período de la vida de un individuo cuyo inicio coincide con la aparición de los primeros signos morfofuncionales y/o psicosociales de maduración puberal y cuyo fin coincide con la llegada a la mayoría de edad»; sin embargo, actualmente se considera que la edad con la que termina la adolescencia es poco definible en términos cronológicos, ya que puede superar la conclusión de la que comúnmente es definida como «edad evolutiva» (es decir, 0-18 años) a consecuencia de condiciones médicas o psicosociales que retrasan la adquisición de la independencia típica del sujeto adulto. Por ello, se ha realizado una modificación de los límites cronológicos de esta franja de edad, de manera que algunas sociedades científicas tienden a prolongar la adolescencia hasta la tercera década de vida (Tabla I).

Así pues, la adolescencia representa la edad de paso de la infancia a la edad adulta, inserta en un *continuum* que no cuenta con divisiones cronológicas bien definidas. En esta fase de la vida se cumple un proceso de maduración biológica relacionado con profundas modificaciones del ajuste hormonal y, contemporáneamente se experimenta una evolución del pensamiento cognitivo y moral; en su conjunto, tales procesos finalizan con la adquisición de la fertilidad y la plena inserción en la sociedad de los adultos. Por tanto, las condiciones médicas o psicosociales que alteran el transcurso fisiológico de la adolescencia pueden tener repercusiones negativas, no sólo en esta edad, sino en toda la vida posterior.

Utilizando los límites indicados en Italia, es decir, entre los 11 y los 18 años, según los datos ISTAT sobre la población residente, el 1 de enero de 2005 vivían en este país unos 4 millones y medio de adolescentes, lo que equivale al 8 % de la población, aproximadamente.

Cabe subrayar que de éstos, cerca del 9% están afectados por, al menos, una enfermedad crónica, porcentaje que aumenta hasta cerca del 12% si se considera la franja de 14 a 19 años. Se debe también tener en cuenta un fenómeno completamente nuevo representado por el hecho de que, ya a esta edad, el 2% de los adolescentes están afectados por dos o más enfermedades crónicas, en parte como consecuencia de la posibilidad de curación para patologías hasta hace poco precozmente mortales. Otro fenómeno completamente emergente es el representado por el carácter multiétnico de la población adolescente actual, que tiene implicaciones asistenciales y psicoeducativas importantes, también como desafío a la integración de culturas y tradiciones diferentes.

TABLA I. Límites cronológicos de la adolescencia

Organización	Años	Límites (años)
Organización Mundial de la Salud	1975	10-20
Sociedad Italiana de Pediatría	1995	11-18
Academia Americana de Pediatría	1995	11-21
Sociedad de Medicina Adolescencia EE.UU.	1995	10-25

Los datos sobre la «situación sanitaria del país» (Ministerio de Sanidad, 2006) demuestran además una situación preocupante por lo que respecta a los comportamientos sexuales de riesgo, las enfermedades de transmisión sexual y el abuso de alcohol, tabaco y drogas, para las cuáles se ha puesto de manifiesto, además de una mayor tolerancia entre los jóvenes, también una edad de inicio de tales comportamientos más temprana, lo que sugiere que los programas de prevención utilizados hasta hoy no han dado los resultados esperados. También es evidente en la crónica diaria el problema cada vez más extendido del acoso escolar que desemboca, cada vez más a menudo, en actos de verdadera criminalidad infantil.

Inserta en el concepto de «promoción de la salud» está la necesidad de intervenir para impedir o limitar la realización o difusión de hechos desfavorables o perjudiciales mediante la acción preventiva. Así, es precisamente en el ámbito de la adolescentología donde el pediatra debe redescubrir y valorizar su papel como «médico del desarrollo y de la educación», término con el que ha sido identificado por la Organización Mundial de la Salud. Esto debería llevarse a cabo con el cuidado del niño (*care*) y educándolo para que dirija su propia vida de modo que sepa reconocer y evitar las principales situaciones de riesgo capaces de comprometer su salud (bienestar físico, psíquico y social).

Actualmente, las nuevas estrategias de prevención deben orientarse hacia el descubrimiento y la potenciación de los recursos personales y sociales propios de cada individuo; el objetivo es poner en el centro del itinerario al adolescente en toda su integridad psicofísica, superando los «viejos» programas centrados en las enfermedades y las situaciones de riesgo, y orientando principalmente la prevención hacia el

apoyo a las necesidades naturales del crecimiento, más que únicamente a la reducción de los factores de riesgo y a las consecuencias sociales del propio comportamiento.

Para conseguir ese objetivo es fundamental cambiar la formación de los operadores, que deberían ser capaces de ofrecer «motivaciones reales para inducir a los jóvenes a modificar los comportamientos individuales», y ayudarles en su crecimiento humano y social, prestando especial atención a los sujetos que parecen tener mayor riesgo psicosocial.

Sin embargo, resulta difícil realizar una formación adecuada según estas nuevas modalidades en medicina de la adolescencia en el ámbito de la formación curricular del médico (curso de licenciatura especializada en medicina y cirugía, escuela de especialización en pediatría o curso de formación para médicos de medicina general).

Desde el punto de vista asistencial, la situación no es mejor. Los datos epidemiológicos indican que más del 85 % de los adolescentes italianos de más de 14 años son ingresados en secciones para adultos, que no son las idóneas para sujetos en fase de crecimiento. Los que son ingresados en el área pediátrica son asistidos junto a los niños pequeños, es decir, en espacios inadecuados para sus necesidades de intimidad y crecimiento. A nivel territorial, los cerca de 7.400 pediatras de familia asisten a menos del 50 % de los adolescentes con edades entre los 11 y los 14 años, y sólo poquísimos después de esta edad; los restantes están a cargo de médicos de medicina general o, a menudo, sólo de servicios de urgencia (urgencias, médicos de guardia), que, obviamente, no pueden garantizar actividades de responsabilidad y prevención. Los chavales con patología crónica tienen una asistencia fragmentada entre centros especialistas y territoriales, a menudo sin ninguna conexión entre los distintos servicios. La medicina académica ha sido abolida en la mayor parte del país y la pediatría de comunidad es una realidad muy escasa.

Encontrar soluciones a estas carencias no es sencillo ni realizable a corto plazo, pero resulta indispensable afrontar de forma orgánica y colegiada el problema de los sistemas asistenciales y trazar una línea programática clara y común, que pueda concretarse en programas de prevención y modelos de toma de responsabilidad para con el adolescente.

La Sociedad Italiana de Medicina de la Adolescencia (SIMA) propone que:

1. Desde el **punto de vista formativo**, para llenar las lagunas existentes y asegurar competencias homogéneas en este sector a lo largo de todo el territorio nacional, la adolescentología médica debe tener un papel preeminente en los programas de Educación Médica Continua (ECM), tanto para pediatras como para los otros profesionales y operadores sanitarios que se ocupan de adolescentes; en la programación y realización de tales programas resulta fundamental el aporte de la Sociedad Italiana de Medicina de la Adolescencia (SIMA) para el *background* cultural y la experiencia adquirida en este ámbito en más de 13 años de actividad.

2. Desde el **punto de vista asistencial**, se propone un modelo de organización articulado a dos niveles:

- **Primer nivel**, identificable con los médicos de Atención Primaria y los Servicios Territoriales, con tareas de educación sanitaria, prevención, filtro y, cuando es posible, tratamiento de las condiciones más comunes en la edad adolescente, tanto en ámbito individual como colectivo, con especial atención al mundo de la escuela.

A nivel de la Atención Primaria, además, se debería desarrollar un «Proyecto de Sanidad Adolescente», que incluya la ejecución de evaluaciones de salud dedicadas a edades de filtro, entre otras cosas a través de la modalidad de llamada activa. Estas evaluaciones deberían sustituir antiguas formas de interceptación de las patologías adolescentes, en la actualidad eliminadas, y que normalmente llegaban demasiado tarde o estaban dedicados sólo a parte de la población (por ejemplo, la revisión médica previa al servicio militar o «*visita di leva*»).

Para llevar a cabo estas funciones, los operadores implicados (pediatras de familia, médicos de medicina general, pediatras de comunidad, enfermeros pediátricos, etc.) deberán contar con conocimientos específicos y competencias de adolescentología, acreditados por itinerarios ECM, certificados por la SIMA en concierto con las instituciones sanitarias nacionales.

- **Segundo nivel**: éste es identificado en estructuras multidisciplinarias localizadas en el interior del área pediátrica, que deberán activar, además de servicios ambulatorios y hospitales de día, un número adecuado de camas para adolescentes en áreas de hospitalización específicas, programadas en función de datos epidemiológicos regionales. Tales estructuras deberán estar dirigidas por un pediatra de reconocida competencia en medicina de la adolescencia, sobre la base de un itinerario de acreditación marcado por la SIMA y validado por las instituciones sanitarias.

Este segundo nivel tiene también tareas de producción de cultura y colaboración con las estructuras de primer nivel que se ocupan de adolescentes en un modelo integrado en red.

3. Se deben instituir modalidades programadas de paso asistencial (**transición**) entre los servicios pediátricos y los servicios de adultos.

Esta fase de transición (entre pediatra de familia y médico de medicina general) deberá gestionarse mediante protocolos, reconocidos en ámbito de contratación nacional, que permitan al nuevo médico, además del cuidado del adolescente, la adquisición de información cierta, no sólo sobre su estado de salud, sino también sobre los aspectos de tipo social y relacional más relevantes. El segundo nivel asistencial deberá proceder a la transición de los adolescentes afectados por patologías crónicas complejas, que precisan de ser atendidos por centros especialistas de adultos, siguiendo itinerarios acreditados.

---

En conclusión, para alcanzar los objetivos indicados son necesarias las siguientes condiciones fundamentales:

1. Adecuada competencia adolescentológica.
2. Formación continua de los operadores.
3. Atención, servicios de red, también mediante la estructuración de una nueva medicina académica que desarrolle según el modelo de las clínicas escolares experimentadas con éxito en otros países.

Además, los programas de prevención deberían basarse en el concepto de que el crecimiento de una conciencia colectiva e individual presupone una maduración cultural alcanzable sólo a través de la implicación activa en ámbito familiar, académico y social.

El trabajar a diario con los adolescentes nos ha enseñado y nos enseña que los chavales están muy atentos a los problemas médicos y sociales que les afectan, con una gran sensibilidad que hay que analizar, dirigir y valorizar, de modo que no se disperse por la falta de información y una forma-

ción inadecuada. En efecto, los propios jóvenes son un recurso precioso que puede y debe contribuir positivamente a la resolución de muchos problemas; por este motivo es indispensable que se vean implicados en las actividades de prevención destinadas a ellos.

En conclusión, con el fin de obtener una mejora concreta de la salud del adolescente, se piden, como puntos prioritarios e irrenunciables:

- El aumento de la edad pediátrica de 14 a 18 años en todos los ámbitos asistenciales.
- La implicación de la SIMA, en calidad de sociedad científica de referencia, en todas las futuras iniciativas sobre los proyectos de salud para esta franja de edad.
- La posibilidad de activar ventanillas SIMA en las escuelas, en los consultorios juveniles y en todos los espacios de agrupación juvenil que se muestren disponibles a un esfuerzo constructivo para la mejora del estado sociosanitario de nuestros jóvenes.