

¿Cómo atender al adolescente?

Luis Rodríguez Molinero

Doctor en Medicina, pediatra acreditado por la A.E.P. en Medicina de la Adolescencia.
Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid.

“Los años de la adolescencia solían ser la época más sana de nuestra vida... La vida moderna es mucho más nociva para los adolescentes y los jóvenes”

Doctor Russell Viner. *Universidad de Londres*

La atención al adolescente en nuestro sistema público de salud, como en el privado, es una laguna asistencial cada vez más patente. No se entiende cómo los problemas de salud prevalentes en la adolescencia se contemplan tan mal y se actúa tan poco con referencia a ellos. Por citar algunos de ellos: el fracaso escolar, los problemas de conducta, los embarazos no deseados, el inicio cada vez más precoz en el uso de tabaco y alcohol.

En nuestro país, ser médico y dedicarse a estas personas se convierte en una misión imposible. No se entiende que la edad pediátrica termine a los catorce años, dejando al adolescente desprotegido hasta llegar a la edad adulta. He planteado este tema en varias ocasiones a directivos, tanto de la Asociación Española de Pediatría (A.E.P.) como de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (A.E.P.A.P.) y la respuesta ha sido la misma: hay otros asuntos prioritarios. Como colectivo, los que nos dedicamos a este tema siempre estaremos en desventaja en conocimientos y experiencias en los foros internacionales.

Ser médico es una actitud en la vida y un compromiso con la sociedad a través de la profesión. Es difícil definir al médico que decide atender a adolescentes. De la misma manera que hay tantas formas de vivir la adolescencia como adolescentes, los profesionales de la medicina dedicados a la adolescencia ejercemos la profesión de maneras muy diferentes. A todos nos caracteriza el querer ayudar a los pacientes. Esta relación de ayuda tiene una parte técnica y otra humanista. Pocas veces en el ejercicio de la medicina estas dos vertientes están tan ligadas como en el trato con los adolescentes y sus problemas de salud.

El método que usamos en el trabajo es la Historia Clínica (HC). A través de ella establecemos una relación humana-profesional tan profunda como cada uno quiera. En la HC se descubren los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, y se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades clínicas, éticas y jurídicas del médico.

He querido ser práctico y para ello me ha parecido conveniente plantearme algunas preguntas para darlas respuesta basándome en algunos casos clínicos que reflejan la realidad. Por otra parte, y para hacer buena la máxima “el que quiera aprender que venga a enseñar aquí”, me parece importante recibir sugerencias y opiniones sobre estas y otras actitudes clínicas.

Casos clínicos:

Caso nº1

Jorge tiene 15 años. Es diabético desde los 13. Debutó con cansancio y pérdida de peso. En la actualidad está en tratamiento con insulina y aceptablemente controlado. Estudia 4º de ESO en colegio concertado. Su padre es industrial, y su madre ama de casa. Tiene otra hermana de 10 años. La estructura familiar es buena.

La madre acude a la consulta porque el último fin de semana en una fiesta se ha emborrachado y ha regresado a casa con ayuda de los amigos. Nos dice que desde que ha empezado el curso, hace 3 meses, no se encuentra bien, no rinde como el año pasado, no lleva bien la dieta...

Hace unos meses ha ido al Médico de Familia, que según dice la madre apenas le conoce, y se ha limitado a recetarle la insulina y las tiras reactivas para control de glucemia. Acude a mí ya que en la última revisión, a los 14 años, le dije que si alguna vez tenía algún problema de salud podía contar conmigo, pero se me plantean algunas cuestiones:

1. No pertenece a mi cupo de pacientes.
2. Debido a mi ofrecimiento, revierten a mí problemas de salud que no me corresponden:
 - Regular la diabetes.
 - Inmiscuirme en el tratamiento de una enfermedad crónica.
 - Solventar una crisis de adolescencia y el rechazo a su enfermedad.
 - Resolver la tendencia del paciente a culpabilizar a los padres.
 - ...

Caso nº2

La madre de Ana, de 13 años, viene un día a la consulta sin la niña solicitando un volante para Salud Mental, debido a que su hija la ha pegado. Solicito que venga la niña para hablar con ella y valorar mejor la situación. Los padres están separados desde hace 5 años, se llevan mal y tienen pleitos frecuentes. La madre, de 50 años, trabaja en un hotel a turnos. El padre, de 51 años, trabaja en un estudio de grabación. Comparten la custodia de la niña, que tiene otro hermano menor, de 9 años, sano y de conducta adaptada. Escolarmente Ana lleva bien los cursos y evaluaciones, pero el último año es más desobediente y se enfrenta a su madre. Desde pequeña la niña ha vivido muchas situaciones desagradables.

Días antes de acudir a la consulta, madre e hija se han peleado llegando a tirarse de los pelos e insultarse, hasta que la madre tropieza y cae contra un mueble, fracturándose dos costillas. El médico que la atiende hace un parte judicial y recomienda que la niña sea atendida en Salud Mental.

Cuestiones que se plantean en este caso:

1. Hay una situación de violencia entre la madre y la hija.
2. Hay un problema Judicial.
3. Se solicita una derivación a Salud Mental (?)
4. Hay un problema de escuela de padres; de ayudar a la madre a ser adulta.

Caso nº3

Juan, de 16 años, estudia 4º de ESO. Es referido a mi consulta por indicación de otro colega, ya que desde que ha empezado el curso no se centra, ha suspendido seis asignaturas de nueve, lo que no había ocurrido nunca. Los cursos anteriores aprobaba con normalidad, sin mucho esfuerzo y con algún notable. Es hijo único; los padres son profesionales y trabajan. Buen nivel económico. No hay antecedentes familiares de importancia. Juan es sociable.

El último año sale más de casa y regresa más tarde de lo acordado. Se preocupa más por el vestir y por la imagen física. Es alto y bien parecido. En una ocasión ha participado en un *casting* de ropa en unos grandes almacenes.

En el colegio le notan que está muy distraído y con bajo rendimiento escolar. Pero no tiene problemas de conducta. Es educado y respetuoso.

En la entrevista en presencia de la madre (el padre nunca vino a la consulta) se muestra muy callado; es ella quien contesta a todo. En la entrevista a solas, el diálogo es corto. No sabe lo que le pasa, le cuesta concentrarse. Se le realiza un cuestionario de DuPaul (EDAH) que refleja una puntuación baja.

En una entrevista a las dos semanas, y esta vez solo, se muestra más hablador. Al preguntarle si le gusta alguna chica, contesta: "No lo tengo claro". Se siente más a gusto con los chicos que con las chicas. Nota especial atracción por los varones. Le pregunté si sus padres conocían su orientación y me dijo que no. Me ofrecí a explicárselo a la madre y le pareció bien. La madre ya se lo imaginaba. El problema mayor era el padre: No lo iba a entender y no sabíamos cómo planteárselo. Juan no ha vuelto por la consulta.

Cuestiones:

1. Se me plantea la aceptación de derivaciones de otros colegas, lo que origina compromisos profesionales.
2. Se requiere mediación en la familia, la escuela, los profesores...
3. Se asume la tarea de normalizar la orientación sexual en un contexto adverso.

Caso nº 4

David es un niño de 14 años, estudia 3º de ESO. Tiene un hermano gemelo y otro hermano mayor. Nació con un angioma en la cara que ocupa el 50 % de su superficie. Desde los 3 años sigue un tratamiento con láser en hospital terciario donde acude cada 6 meses, logrando pequeñas mejorías en su aspecto. Es un niño muy tímido y poco hablador. Ha crecido bien, es sociable, y le gustan los juegos de mesa. Sus padres entienden que dada su estética le guste menos salir que al hermano gemelo.

Es traído a consulta por indicación del profesor ya que estando en el aula ha discutido con un compañero y este le ha insultado por su aspecto facial. Quiso saltar por la ventana para tirarse si no es porque tropezó y se lo impidieron los compañeros. En la entrevista a solas dijo que su intención en ese momento era tirarse por la ventana. Nunca había sufrido acoso en el colegio, aunque sí notaba que no le hacían tanto caso como a su hermano.

Expreso a David la importancia de lo que le pasa y que sería conveniente sea visto en un servicio de Salud Mental Infantil, y él acepta la interconsulta. Posteriormente hablo con los padres, que entienden la situación y comprenden la derivación.

David no ha vuelto por la consulta. Probablemente haya pasado a Medicina de Familia o cambiado de domicilio.

Cuestiones:

1. La imagen corporal incide en la autoestima y es un factor de riesgo de acoso. El caso es extensible a obesos, discapacitados físicos o psíquicos.
2. La indiferencia es otro factor que incide en la autoestima, y es vivida como desprecio.
3. Negociar la derivación a otras disciplinas.

Problemas comunes a todos los casos:

1. ¿Qué debe hacer el médico, además de tener en cuenta los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia e igualdad?.
2. ¿Cuáles deben ser las relaciones del médico de adolescentes con las administraciones: laborales, jurídicas (responsabilidad profesional, seguros...).

Estos cuatro casos han salido de la experiencia clínica de los últimos meses. Se podrían añadir otros más. Son una muestra de cómo atendemos a los adolescentes en nuestro medio y nos sirven para hacer algunos comentarios y sugerencias que nos sean de utilidad a todos.

1. Qué piensa el sistema sobre nuestros adolescentes

En los últimos 50 años ha disminuido la mortalidad en todas las franjas de edades, excepto en la adolescencia y juventud, donde la reducción ha sido menor. Se sabe que las causas son evitables. En la Encuesta Nacional de Salud en España nos muestra un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, enfermedades cardiovasculares, depresión de alta prevalencia en adultos pero también en adolescentes.

Se sabe también que muchas conductas de riesgo (sedentarismo, tabaco, alcohol, alimentación poco saludable) para estas enfermedades se inician en la adolescencia y repercutirán en la calidad de vida en el presente y en el futuro del paciente.

La persistencia de las conductas de riesgo determinará una mayor prevalencia de ECNT en la edad adulta. La promoción de la salud y la prevención de estas enfermedades repercutirán en el futuro, disminuyendo los índices "años de vida ajustados por discapacidad" (AVAD) y "años de vida potencial perdidos" (AVPP). Por lo tanto, estas intervenciones disminuirán los costes en salud en los años próximos.

"Por otro lado, se sabe que aproximadamente dos de cada tres muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en los adultos están relacionadas con comportamientos que se inician durante la adolescencia. Por tanto, resulta fundamental realizar acciones preventivas en etapas tempranas que favorezcan 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).

2. Quién es adolescente en nuestra consulta

Los adolescentes son tan diversos que no es fácil hablar de un tipo de adolescente. Muchos nunca tendrán problemas; otros lo pasarán mal pero saldrán; otros precisarán ayuda especial, y un 10% tendrá secuelas permanentes en su vida.

3. Cómo son nuestras consultas

En nuestro sistema nacional de salud, los niños a partir de los 14 años son atendidos por los médicos de familia, y en los hospitales, en los servicios de medicina interna. Esta norma impide la asistencia integral al adolescente, sobre todo en la adolescencia media (14-16 años). Por parte de los pediatras, no existe un interés por esta edad, y prueba de ello es la escasa asistencia a los temas relacionados con la adolescencia.

La circunstancia más importante para atender a adolescentes, no es disponer de espacios bien diseñados, sino el dedicarles el tiempo suficiente. El adolescente entiende la incomodidad de algunos espacios, pero no entiende el poco tiempo que se le dedica, y que no considera suficiente para sentirse atendido. Cualquier espacio puede valer, siempre que se dedique tiempo a crear un ambiente de ayuda.

4.Cuál es nuestra actitud profesional

La *Society for Adolescent Medicine* ha definido las siete características que deben configurar la atención a este grupo de edad. De su aplicación derivará una atención satisfactoria, tanto para el adolescente como para el médico. Estas características son: disponibilidad, visibilidad, calidad, confidencialidad, satisfacción, flexibilidad y coordinación.

Muchas de estas actitudes son fruto del voluntarismo del profesional. Algunas de ellas tienen que ver con las motivaciones personales, sean estas externas (reconocimiento social, valoración...) o internas (satisfacción, sentimiento de utilidad, autorrealización,...). Pocas veces hablamos de estas cualidades pero hay que comentarlas para extenderlas y enseñarlas.

La filosofía positiva entiende que muchas actividades se realizan mejor desde el voluntarismo que desde la administración oficial, y esto es así tanto por criterios de eficiencia como por posturas éticas ante los problemas sociales.

Las actividades voluntarias producen consecuencias positivas, como la alegría, el buen humor o la satisfacción, y ayudan a sentirse bien, a hacerse resistente contra la adversidad; facilitan la amistad, las relaciones sociales y el amor y ayudan a deshacer los efectos de las emociones negativas.

Es sabido que las emociones positivas producen conductas altruistas, mientras que las emociones negativas, como la ira, el miedo o la ansiedad generan mecanismos de defensa para la supervivencia. A medida que superamos las necesidades primarias, necesitamos otras actividades superiores relacionadas con el altruismo. Son las emociones positivas las que nos ayudan a mantener un nivel superior en la Pirámide de Maslow.

5. Qué podemos aportar quienes nos dedicamos a los adolescentes (Funes Arteaga, 2000)

1. Ayuda para que aprovechen las oportunidades que se les ofrecen, de manera que en un futuro sientan que sacaron el máximo partido de su etapa adolescente.
2. Impulso para capacitarles a la hora de tomar decisiones y gestionar su vida.
3. Orientación partiendo de nuestras propias experiencias, para que puedan contrastar sus vivencias con las de los mayores, sin injerencias en sus vidas por nuestra parte, y sin intención de querer controlarlo todo.

6. ¿Se puede hacer algo por ellos? ¿Lo necesitan?

Si pensamos que la salud es un proceso dinámico biopsicosocial, los profesionales que trabajamos con adolescentes debemos entender la salud como el resultado de un pasado y un presente: *“La adaptación a la transición adolescente muestra cómo la capacidad para*

afrontarla es el resultado de un proceso de interacción continua y compleja entre el individuo, la época en la que vive y los factores ambientales y socioculturales que le rodean” (Shorter, 1986).

7. ¿Cómo es la sociedad en la que han nacido?

Esta sociedad llamada de consumo, industrial, de producción y mercado, condiciona de una forma u otra toda nuestra vida y por tanto también la de los adolescentes. Bandura dice que sin estas características tendríamos que hablar de otra cosa distinta, y el mundo sería forzosamente distinto. La familia ha pasado a ser una unidad de producción, en vez de una unidad de afecto. El factor protector de la familia es muy limitado. Nos corresponde a los profesionales de la salud suplir esa ausencia de factor protector en forma de “paternalismo terapéutico”.

Otra característica de la sociedad en la que han nacido nuestros adolescentes es la importancia de las nuevas tecnologías de la comunicación y el conocimiento, que están ocasionando cambios importantes en la forma de relacionarse.

8. ¿Qué problemas de salud tienen?

Los cambios sociales: Baja natalidad, inmigración, minorías culturales.

Los cambios familiares. La familia acusa una disminución del factor protector, afectivo y educativo.

La patología emergente: salud mental, obesidad, patología respiratoria, fatiga crónica y desmotivación. Violencia, delincuencia, malos tratos, abusos, dependencias sin drogas, aislamiento social.

Aumento de Las enfermedades crónicas y discapacidades.

La mortalidad, que ha descendido menos que en otros grupos de edad.

9. ¿Qué formación tenemos?

No se contempla la adolescencia como grupo especial, como se contemplan la infancia, la madre gestante o el anciano. Actualmente se preconiza una atención integral, en lugar de una asistencia aislada según diferentes disciplinas, que es lo que realmente se está practicando en este momento en nuestro sistema. Esta es la razón por la cual no hay un programa docente integral, ni en los estudios de pregrado ni en los de postgrado, ni en nuestro sistema MIR. Así las cosas, hoy ser médico de adolescentes es ser “misionero de la salud”.

La formación no es solo conocimiento, sino la interiorización de unas actitudes morales (beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto por autonomía) que pocas veces en la medicina son tan necesarios. Como referentes en el trato con adolescentes, los médicos preconizamos tres modelos (Silber):

- Activo-pasivo. El médico “actúa” sobre el paciente y este no es capaz de responder. Igual que los padres ante el recién nacido
- Guía-cooperación. El médico recomienda un tratamiento y el paciente obedece. Es lo que pasa entre el padre y el niño escolar.
- Participación mutua. El profesional orienta la paciente, para que este se ayude a sí mismo. En la vida normal es la relación adulto-adulto.

Actualmente disponemos de dos ediciones de una monografía sobre Atención Integral de la Adolescencia que es la mejor contribución a divulgar la necesidad de docencia respecto a este tema. También hay grupos de trabajo en la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia que se ocupan de esta divulgación.

10. ¿Quién les atiende en España?

En Europa los límites asistenciales son los 18 años. Hay tres tipos de países según el modelo de atención a los niños y adolescentes: países donde el niño es visto solamente por pediatras (Chequia, Eslovaquia, España, Eslovenia, Chipre, Grecia, Israel); países en que se atienden indistintamente por Pediatras y Médicos de Familia (Bélgica, Francia, Lituania, Suiza, Islandia, Luxemburgo, Hungría, Italia, Austria y Alemania) y países en que son los Médicos de Familia los responsables de la asistencia (Irlanda, Bulgaria, Noruega, Estonia, Dinamarca, Suecia, Holanda, Finlandia, Polonia, Reino Unido, Letonia y Portugal). Predomina el tipo de asistencia pública en más del 80% de la Unión Europea. El 40% de los pediatras trabajan en Atención Primaria. En 20 de los 29 países la formación profesional dura 5 años, 3 de los cuales son comunes y 2 de especialidad.

Bibliografía

1. <http://www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfSNS2010.htm>. Consultado el 15 de enero de 2013.
2. Klein, J.D., Slap, G.B., Elster, A.B., Schonberg, S.K.: Access to Health Care for Adolescents. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J. Adolesc. Health*, 1992; 13: 162-170.
3. Guía de la A.M.A. (American Medical Association) para Actividades Preventivas en el Adolescente (GAPA). Recomendaciones y Fundamentos.
4. Arthur B. Elster y Naomi J. Kuznets. Ed. Díaz de Santos. Madrid 1995.
5. M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero y G. Castellano Barca. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. 2ª Edición Ed. ERGON. Madrid, 2012.
6. Dick B., Ferguson, J., Chandra-Mouli, V., Brabin, L. et al. A review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries in Ross D, Dick B, J Ferguson (Eds.). *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries*. Geneva, World Health Organization, 2006.
7. *Quality Assessment Guidebook. A guide to assessing health services for adolescent clients*. Geneva, World Health Organization, 2009.
8. *Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. World Health Organization.
9. Domínguez, B. y Valdivia, C.: *La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012*. *Gac. Sanit.* 2012; 26(S):82-87

Webs de utilidad

1. Salud Joven (Asociación Española de Pediatría): <http://www.aepap.org/joven/index.htm>
2. Defensor del Menor (Andalucía): <http://www.defensordelmenor-and.es/>
3. Instituto Andaluz de la Juventud (Patio Joven): http://www.andaluciajunta.es/SP/Patio_Joven_v2/CDA/patio_joven/0_10663799_30414552_00.html
4. Sociedad Española de Medicina del Adolescente: www.adolescenciasema.org/
5. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente: www.seypna.com/
6. Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria: www.sepeap.es/
7. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: <http://www.aacap.org>
8. Biblioteca Virtual en Salud. México: <http://www.adolesc.org.mx8>
9. Meridian Health. Medicina de la Adolescencia: <http://www.meridianhealth.com/index.cfm/HealthInfo/SPeds/index.cfm>
10. Generalitat de Catalunya. Secretaría de Joventut: <http://www20.gencat.cat/portal/site/Joventut/>