

MESA REDONDA: ADOLESCENCIA

Pediatría y adolescencia*

J. PEÑA GUTIÁN

Considero un acierto de los organizadores de la IV Reunión de las Sociedades de Pediatría de Portugal, Galicia, Asturias, Cantabria, Castilla y León haber traído al Programa Científico el tema de la Adolescencia. En el desarrollo de esta Mesa Redonda me ha correspondido a mí introducir el tema y hacer una argumentación sobre la Pediatría y la Adolescencia. Divido la exposición en tres partes: 1) El Adolescente y la Atención Médica, 2) El Médico que necesitamos y 3) La oferta del Pediatra.

En efecto, en los últimos años se ha despertado una atención inusitada sobre el adolescente, tanto en la consideración individual de cada Pediatra —y alguno de los colegas aquí presentes han dedicado al tema atención preferencial— como en el sentido corporativo e institucional, lo que se plasmó en la creación dentro de la Asociación Española de Pediatría, de la Sección de Adolescencia. Coincidentalmente, desde otras procedencias científicas, culturales y asociativas, se plantean aspectos referenciales cuya legitimidad no discutimos pero que pueden plantearse conflicto de interés con la Pediatría. Este es, por lo demás, un fenómeno mundial y es justo reconocer en este punto el liderazgo que ejerce la Academia Americana de Pediatría cuyas opiniones y desarrollos nos sirven de

guía y orientación y que, en concreto, da prioridad a las acciones sanitarias que se ejerzan sobre el adolescente.

EL ADOLESCENTE Y LA ATENCIÓN MÉDICA

La Adolescencia en el humano es un período de transición que se sitúa cronológicamente entre la infancia y la edad adulta y consiste fundamentalmente en un proceso de maduración de componentes muy interrelacionados como son el biológico y físico (ligado muy especialmente, al fenómeno de la pubertad) el componente psicológico y componente socio-cultural. Tres notas características más: una, que la combinación de estos tres factores es única e irrepetible para cada individuo (la vida es la obra maestra de cada uno). Otra, que el objetivo final es lograr la identidad personal en el marco de la autonomía y la libertad. Finalmente, el individuo es parte de la sociedad, y la sociedad está sometida, a su vez, a su propia y sorprendente dinámica.

Los cambios operados en el concepto de Salud abren nuevas perspectivas y plantean nuevas necesidades en la atención médica al Adolescente. Por supuesto, lo primero es tratar adecuadamente al Adolescente enfermo. Y aquí surge la primera

* IV Reunión de las Sociedades de Pediatría de Portugal, Galicia, Asturias Cantabria, Castilla y León. Salamanca 10-11 noviembre, 1989.

apreciación consistente por una parte en la diferente cuota participativa de las enfermedades que podemos llamar clásicas ó «*de siempre*» y, por otra, en la aparición de enfermedades, o, si se prefiere, «*problemas nuevos*» de la salud del Adolescente. Recordemos aquí:

- La práctica desaparición de las enfermedades infecciosas clásicas, exantemáticas y no exantemáticas.
- La mayor incidencia de accidentalidad.
- La «sobrevivencia» con especial referencia a los tumores.
- Mayor prevalencia de enfermedades crónicas (asma, epilepsia, enfermedades de órganos, problemas ortopédicos, handicaps y discapacidades, etc.
- Emergencia a esta edad de las verdaderas dimensiones de la patología genético-hereditaria y dismórfica.

La maduración bio-psico-social también se reflejan en el espectro del biodesarrollo del adolescente. Son buen ejemplo de ello, el «*secular trend*» y la «*precesión*» en la edad de la menarquia. La coincidencia en el tiempo de estos fenómenos biológicos con un determinado contexto social plantea problemas nuevos de gran importancia. Un ejemplo que se vive ahora mismo es la enorme presión que se ejerce sobre el médico para que los niños *sean más altos*, tienen que exceder forzosamente la talla diana (impacto de la hormona de crecimiento biosintética).

El otro fenómeno es del *embarazo* a una edad más temprana que coincide con un concepto diferente de la sexualidad y de la relación intersexos. Este hecho es causa de una profunda huella demográfica: en muchos países está disminuyendo el número de embarazos pero aumentan en sus proporciones relativas, en dos sectores

etarios, el de las mujeres añosas y en las adolescentes que son, ambos, grupos de riesgo.

Los adolescentes, varones o hembras, pueden ser más altos, la adolescente puede quedar embarazada a edad más temprana pero cosa distinta es el grado de *madurez biosocial* alcanzada. Tal vez esa inmadurez biosocial explica la frecuente despreocupación del adolescente ante la enfermedad, despreocupación aun mayor por la consulta de salud y la consideración del valor añadido negativo de la enfermedad en la edad Adolescente.

Estas peculiaridades de maduración bio-psico-social (que desde nuestra posición de adultos llamaríamos «*inmadurez*») explican la indudable situación del riesgo en que se encuentra el adolescente y que ejemplificamos en:

- Percepción defectuosa de lo que es norma y rechazo o resistencia en acudir a la consulta médica.
- Distorsión de escala de valores dando más importancia a lo que repercute en la estética que en grado de funcionamiento y rendimiento corporales.
- Aceptación de la «*filosofía de riesgo*» como ingrediente obligado de su desarrollo individual.

En este contexto «*el ambiente*» «*lo social*» y «*la familia*» entran a formar parte de los conceptos de Salud y repercuten, de forma inmediata, en la problemática médica del adolescente.

Factores ambientales

Permítasenos enumerar, en un listado de urgencia, los principales items:

— Nuevos términos dialécticos interadolescentes e intergeneracionales. La situación explica actitudes individuales que se apartan de los valores y actitudes de

nuestra cultura y abocan, en ocasiones, a la adscripción colectiva a una subcultura.

— El problema de la droga, de la sexualidad y de la violencia pueden tener profundas raíces en la inadaptación o falta de percepción de nuestros parámetros bio-económico-socio-culturales y la demanda, muchas veces oculta, de nuestros jóvenes y adolescentes.

— La segregación de la sexualidad del objetivo de la procreación y su interpretación como una forma de comunicación.

Factores Sociales

— El contexto socio-laboral y político, con las altas tasas de paro, el efecto nocivo de la situación «*sin trabajo*», la demagogia a que les somete la clase política, y la frustración que supone tener que oír que con la altísima tasa de paro juvenil que tenemos hay demanda de empleo que no puede ser cubierta por falta de previsiones de formación.

— El estilo de vida y la moda: la noche de los jueves, la inversión del ciclo circadiano, la hora de los accidentes coincidiendo con la retirada de las discotecas en la madrugada, etc., etc.

— La alimentación incorrecta por exceso o por defecto.

— El uso inadecuado del tiempo libre (las estadísticas señalan que el adolescente utiliza el 40 % de su tiempo libre en no hacer nada, en andar vagueando).

Factores familiares

El entorno familiar tampoco es, en muchas ocasiones, ideal pues no siempre proporciona la seguridad, la ternura y la firmeza que el adolescente necesita en sus años críticos. Entre los aspectos a destacar figuran:

— Trabajo full time de ambos padres.

- Convivencia con un solo padre o alternada.
- Rotura del modelo familiar imitativo.
- Insuficiente contacto domiciliario con padres.
- Convivencia con padres no biológicos.

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL DE ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

¿Y qué organización asistencial tenemos en España, para resolver correctamente los problemas médicos del adolescente, y que tienen como vemos, espectro tan amplio?

La respuesta genérica es de inadecuada, aunque, claro, habría que matizar a continuación pues depende del modelo sanitario, de las variantes comunitarias, de factores varios.

— En el sistema asistencial: no hay límites de edad universalmente seguidos. La circulación del paciente de generalista a especialista es defectuosa. El sistema no propicia «*el diálogo sin relojes*», la elección del médico, el acceso a Hospital, ni la confidencialidad.

— Estructuras inadecuadas. Los Hospitales no están preparados para esta asistencia. Ni en arquitectura, ni en el staff, ni en la funcionalidad.

— No tenemos preparado el médico apropiado ni en la formación pregraduada ni en la postgraduada, especialmente en las «*nuevas*» enfermedades del adolescente. Prestamos más atención al recién nacido de muy bajo peso que, por cierto, también la merece.

— No damos la dimensión necesaria a los aspectos preventivos y de «*guía anticipatoria*».

Si a esto añadimos que el adolescente ya es poco propicio a acudir al médico, tendremos perfilado el marco del problema.

EL MÉDICO QUE NECESITAMOS PARA ATENDER AL ADOLESCENTE

El médico que necesitamos para la atención al Adolescente ha de tener formación y dedicación a la medicina primaria, de primer contacto,

— Que pueda captar y tratar personalmente el 85 % de los problemas que el adolescente plantee.

— Que conozcan muy bien el campo del crecimiento y de la nutrición.

— Que pueda responsabilizarse del tratamiento subsidiario de las enfermedades crónicas y del adolescente.

— Que domine la técnica dialéctica y la temática esperada sobre problemas tan importantes y difíciles como la droga, los hábitos alimenticios, la sexualidad y el estilo de vida.

— Que conozcan perfectamente la aplicación de la prevención a la edad del adolescente desde la vacunación a la prevención de arterioesclerosis, etc.

— Que sea agente de educación médica.

— Que pueda aconsejar e informar debidamente.

— Que sea capaz de hacer el control de salud individual y reconocer y neutralizar las condiciones desfavorables del medio.

— Que esté equipado de profundos conocimientos en sociología, conducta y psicología.

Este médico ¿ha de ser especialista o generalista?

No negamos que se puede plantear, para plazo medio o largo, la preparación de especialistas en adolescencia y sus problemas específicos pero esto no será en ningún caso una solución para lo inmediato, para la necesidad perentoria. Para lo inmediato el profesional médico mejor situado para responder a la demanda de asistencia médica del Adolescente es el pediatra.

Estos son algunos de los argumentos que pueden esgrimirse:

— El pediatra da continuidad asistencial, lo que tendría ventajas indudables.

— Es un especialista en crecimiento.

— Aplica la filosofía de tratar al individuo y no la enfermedad.

— Está acostumbrado a efectuar *«acto médico expandido»*, es decir, que al tiempo que por ejemplo, trata una primoinfección tuberculosa, opina sobre nutrición, patología dental, calzado higiénico, régimen de deportes, bebida preferible, estilo de vida, etc., etc.

— Está más familiarizado con el entorno social del niño: familia, escuela, etc.

— Es aconsejable siga ocupándose el mayor tiempo posible del niño con enfermedad crónica, lo que muchas veces ya lo hace de hecho, aunque no de derecho: la fibrosis quística, el asma, la diabetes, la insuficiencia renal, la epilepsia, el sobreviviente de cáncer, etc., etc.

— Está en óptima posición para intervenir y modular la relación padres-adolescentes y es el que mejor puede limitar un intervencionismo excesivo por parte de los padres.

— Está acostumbrado a la acción de *«educación en la enfermedad»* cerca de madre y familia y se trata ahora de extenderla al adolescente.

— Facilidad de acceso y disponibilidad en un clima siempre de confianza y muchas veces de amistad.

— Ventaja de que mantiene buena dialéctica con los padres, a los que conoce personalmente, con los que tiene ascendiente. Pueden así más fácilmente, instruirlos y estimularlos a que estén alerta de cuando sus hijos tienen dificultades. Pueden decir a los padres, con ascendiente y autoridad, que a los hijos adolescentes hay que aceptarlos y quererlos como son no como a nosotros nos gustaría que fuesen.

Por todas estas razones parece lógico que aquellos médicos, los pediatras, que se han ocupado del crecimiento y desarrollo del Niño, que lo han cuidado en la salud y en la enfermedad, que lo han escuchado, que conocen las condiciones socioculturales, que tiene en su poder todo su dossier y documentación médica, que sean los profesionales mejor preparados y más capacitados para tomar la responsabilidad de prestar asistencia médica al Adolescente.

Tal vez hay que aplicar algunas correcciones:

1. Completar la información en algunas materias: la sexología, enfermedades de carácter o base social, formación psicológica.

2. Adaptar aspectos formales de la relación médico-paciente a las peculiaridades del adolescente y cuestiones técnicas: horario independiente, formulario de preguntas, etc.

3. Disponer de una buena colaboración interdisciplinaria con otros especialis-

tas: psiquiatras, ginecólogos, ortopedistas, endocrinólogos, etc., etc.

La Asociación Española de Pediatría está propiciando, me parece a mí la respuesta adecuada para el momento. Las líneas básicas de esta respuesta serían:

1. La Asociación Española de Pediatría debe incluir entre sus fines ampliar el interés y la responsabilidad de la Adolescencia y Juventud y propiciar a sus miembros la manera de formarse en el campo de la Adolescencia.

2. Nos disponemos a recabar de la Administración la adscripción asistencial de manera formal hasta 16 años y la extensión voluntaria hasta los 20.

3. En el marco de la «*Formación continuada*» debemos incluir la temática relacionada con el Adolescente y sus aspectos físicos y psíquicos.

4. Dentro de la Pediatría se identifican unos Pediatras que tienen formación y experiencia adquirida, en el manejo del Adolescente.

5. Y, para el futuro, se planifica, en el marco del Decreto-Ley de Especialidades, no una subespecialización sino una Acreditación: aquellos Pediatras que durante su formación postgraduada sigan las enseñanzas que se programen al efecto les será extendido el correspondiente certificado que junto con el título de pediatras les acredita como poseedores de especiales conocimientos en el campo de Adolescente.