

## MESA REDONDA: ADOLESCENCIA

### Mortalidad y morbilidad en el adolescente\*

B. TARACENA DEL PIÑAL

El término de *adolescencia* delimita edades diferentes según la definición que se acepte. En el presente estudio entendemos como adolescencia, siguiendo la definición de la Organización Mundial de las Salud, a todos los individuos del género humano comprendidos entre los 10 y los 19 años de edad, ambos incluidos. Definiendo como Adolescencia Precoz hasta los 14 años y Tardía desde los 14 a los 19. El número de adolescentes en España es en la actualidad de 6.428.399 y será en el año 1995 de 5.600.000 (Instituto Nacional de Estadística 1986), de ellos 3.361.802 son varones y 3.066.597 hembras.

#### MORTALIDAD

Se dice que el adolescente enferma poco pero *muere mucho*, lo que no es real, el adolescente muere mucho y va poco y mal al médico; no enferma poco. Entre los 15 y 19 años mueren el 25 % de todos los nacidos destinados a morir desde el primero al veinte año de la vida. La causa más frecuente a esta edad de morir o enfermar gravemente es el llamado «riesgo del tipo de vida» (accidentes, suicidios, alcoholismo, drogadicción, etc., etc., muchos

de ellos ligados íntimamente unos con otros).

En España fallecieron en 1984 (I.N.E.) 2.713 adolescentes, 1.871 varones y 842 hembras, por tanto 2,2 varones por cada hembra. Descartando la cifra de fallecimientos en el primer año de la vida en que están incluidos los recién nacidos, la cifra de adolescentes que mueren entre 15 o 20 años (1.865/año) es prácticamente igual a la de los niños de 2 a 10 años (1.924/año).

#### Accidentes

De los adolescentes que fallecen en España un 60 % están comprendidos en la rúbrica de «*Accidentes, envenenamientos y violencia*» en donde se incluyen también los suicidios. El 14 % en el de «*Tumores y neoplasias*» y el 7 % en «*Enfermedades del aparato circulatorio*». Es decir en estas tres rúbricas están comprendidas las causas de fallecimiento del 80 % de los adolescentes españoles (I.N.E. 1986).

Estas cifras posiblemente han variado en la actualidad, aumentando el capítulo de accidentes, como ocurre en otros países. En Estados Unidos por ejemplo (Bull. of. the International Pediatric Ass.

*Jefe del Servicio de Pediatría, Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. Presidente de la Sección de Adolescencia de la Asociación Española de Pediatría.*

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

10. n.º 1 Pe. 4 1989) fallecen por este capítulo el 77 % de los adolescentes. Cáncer y Tumores el 6 %. Aparato Circulatorio el 3 % y otras enfermedades el 17 %. De ese 73 % el 42 % fallecen de accidentes de vehículos de motor y el 35 % por otros accidentes (caídas, muertes violentas, suicidios, ahogamientos, etc., etc.), por este capítulo fallecen en EE.UU. entre 3 y 4 veces más varones que hembras y de aquí la gran diferencia en las cifras respectivas de fallecimientos a esta edad, lo mismo que ocurre en España (2,2 varones por cada hembra).

Este mismo hecho se refleja en las estadísticas de los países similares al nuestro. Por otra parte la mortandad por este capítulo aumenta a medida que la edad va siendo más elevada; por ejemplo el número de fallecimientos en este capítulo en Inglaterra y País de Gales fue en 1983 del 40 % del total de fallecimientos en adolescentes de 10 a 14 años y del 62 % entre los 15 a 19 (Fuente, OPCS 20).

Dentro de este capítulo la principal causa de muerte son los accidentes de «motor», es decir aquellos en los que el adolescente es el conductor del vehículo o el pasajero de un vehículo conducido por otro adolescente. Este capítulo es también importante en cuanto a morbilidad y como productor de secuelas para toda la vida.

La Asociación Americana de Pediatría ha pedido a los Poderes Públicos que retrasen en uno o dos años más la edad para conceder permisos de conducir. Estas situaciones van ligadas a una serie de causas que es necesario vigilar y corregir (alcoholismo, deseo de lucimiento, falta de conocimiento real del riesgo, etc., etc.

### *Suicidio*

Entre 15 y 24 años se calculan en más de 400 los jóvenes que fallecen en España

por *suicidio* no encubierto (Morandé, y col. *Suicidio e intentos de suicidio en jóvenes. Mesa Redonda, Simposium Internacional de Higiene y Medicina Escolar y Universitaria. Noviembre 1988*), de ellos los 2/3 son varones. En los muchachos que están haciendo el Servicio Militar el índice es de 22/100.000, tres veces superior a los que no están haciéndola, 7,5/100.000. Por cada suicidio consumado en jóvenes se constatan 60 intentos de suicidio, en nuestro medio unos 24.500 adolescentes realizan actos suicidas/año, es decir un acto por cada 250 adolescentes aproximadamente. Entre las hembras los intentos de suicidio son mucho más frecuentes que entre los varones, aproximadamente 3 hembras por cada varón, pero los varones mueren 2/3 más por suicidio que las hembras, ello es debido al empleo por éstos de medios mucho más letales (arma de fuego, ahorcamiento, salto de altura, etc., etc.) mientras que las hembras emplean más la ingestión de fármacos tipo benzodiazepinas, fenobarbital, etc., etc., de cuya intoxicación es más posible la recuperación.

La incidencia de suicidios se considera que se ha multiplicado por 10 en nuestro país en la última década.

El adolescente muere mucho más a medida que es mayor. Se calcula entre los 10 a los 14 años una muerte por cada 200.000 y entre los 15 a los 20 años una muerte por cada 10.000. El suicidio ocupa el tercer puesto entre la causa de muerte de los adolescentes. En esta cifra o se incluye el grupo de los llamados «*suicidios encubiertos*», que son los de aquellos adolescentes que se suicidan pero que aparecen como accidentes: (circulación, caídas «*fortuitas*», etc., etc.). Es importante resaltar respecto a este problema que el adolescente se dice que «*avisa su suicidio*» y por lo tanto al conocerlo puede ser evitado. Desde semanas o meses previo al suicidio

presenta unos síntomas que deben ser valorados: pérdida de iniciativa, fallos en la escuela comentarios tristes y sin esperanza, llanto sin causa, trastornos del sueño, del apetito, del comportamiento, sentimientos de culpabilidad, etc., etc. Ante la presencia de esta sintomatología el adolescente debe ser visto por un psiquiatra. Es necesario tener en cuenta que 1/3 de los adolescentes que consuman su suicidio lo han intentado antes por lo menos otra vez. Por otra parte conviene considerar que de los adolescentes ingresados por patología mental el 34 % han efectuado algún acto suicida en los últimos meses y el 20 % repetidos intentos (PFIFFER 1988).

### *Violencia*

Otra importante causa de muerte del adolescente es la secundaria a la *violencia*. En Estados Unidos el número de muertes por homicidios y asaltos fue en 1980 de 23.000, produciendo 350.000 hospitalizaciones con un gasto de 650.000.000 de dólares en atención médica y 1,5 millones de días de hospitalización (Clín. Ped. de N. A. 6/1988). Las lesiones intencionales no mortales son al menos 100 veces más. En otros países la cifra es menor: diez veces menor en Inglaterra y veinticinco veces en España.

### MORBILIDAD

*En el capítulo de la morbilidad*, segunda parte de esta intervención, los datos pueden ser menos exactos que los referentes a la mortandad. Hay que volver a insistir lo ya dicho anteriormente de que la causa más frecuente de enfermar y morir el adolescente es el llamado «riesgo del tipo de vida».

Las enfermedades del adolescente podrían agruparse en tres rúbricas importantes de pérdida de salud. 1.º *Salud*

*física*: accidentes, suicidios, tumores, incapacidades permanentes, pasajeras, etc., etc. 2.º *Salud mental*: exacerbaciones incontroladas de los caracteres normales de su crisis puberal, psicopatías, etc., etc. Finalmente enferma un último grupo que habitualmente no es considerado como enfermedad. 3.º *La pérdida de salud social*: tabaco, alcohol, droga, embarazo, delincuencia, etc., etc.

El adolescente tiene unas peculiaridades importantes en su manera de enfermar que se caracteriza 1.º Tener una patología que puede ser real pero frecuentemente imaginaria. 2.º Aceptar peor las enfermedades visibles pero poco importantes como acné, ginecomastia, etc. que las más graves pero invisibles, como la hipertensión o la diabetes. 3.º Dá una gran importancia a su desarrollo corporal, le afecta mucho el peso, la obesidad, la talla, el tamaño y la forma de los senos, etc., etc. 4.º Tiene una despreocupación absoluta por prevenir enfermedades graves posteriores como la hipertensión, la arteroesclerosis o el cáncer, que quizá pueden prevenirse a estas edades, sin que el peligro, que ellos ven muy lejano, haga que se decidan por su prevención. 5.º Una de las características más importantes de su enfermedad es el desprecio por el riesgo, lo que conlleva la extraordinaria incidencia de accidentes, que unas veces son mortales, pero otras muchas ocasiones un gran número de lesiones residuales permanentes, días de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, etc., etc. Finalmente existe el sexto capítulo, por el cual el adolescente enferma de manera importante. 6.º La curiosidad, tienen el deseo de experimentar por sí mismos diferentes situaciones o sensaciones, lo que les hace incurrir con más facilidad en determinadas situaciones de peligro, drogadicción, embarazo, etc., etc.

### *Frecuencia de las enfermedades*

Se dice que el adolescente enferma poco porque es una edad sana de la vida, ya hemos dicho que esto no es cierto, al adolescente lo que le ocurre es que va poco al médico y va poco al médico por una serie de razones; en primer lugar porque las infecciones respiratorias o las frecuentes gastroenteritis de edades anteriores han desaparecido. En segundo lugar porque son menos frecuentes una parte de las enfermedades incurables que padecía en épocas más tempranas, como la leucemia, el tumor de Wilms, el neuroblastoma, etc. En tercer lugar porque no vigila su estado de salud, no tiene un médico de referencia, el pediatra ha dejado ya de serlo y el médico de cabecera no lo es. No quiere ir al médico con sus padres y no tiene dinero para ir sólo o se cohibe para hacerlo en la medicina pública, piensa que probablemente va a ser mal recibido o mal atendido. Finalmente, en séptimo lugar el médico no sabe como desarrollar la entrevista con el adolescente y si lo sabe generalmente no tiene tiempo para ello. La realidad es que esta situación hace que el adolescente no vaya al médico más que para resolver las enfermedades banales o las clásicas orgánicas. Este estado de cosas es absolutamente necesario que cambie en un porvenir inmediato.

Para el estudio de la morbilidad en nuestros adolescentes, tenemos en el momento actual la gran dificultad de no tener estadísticas fiables y las que lo son, son sesgadas y efectuadas en un determinado ambiente social, asistencial, etc., etc. que hacen imposible su extensión a otros contextos.

Como ejemplo podrían citarse tres estudios recientes hechos por el Dr. J. Casas (An. Esp. de Ped. Sup. 32. Vol. 29 sept. 1988) en el Hospital de Móstoles, Madrid, en el cual el 15 % de los adolescentes

ingresaron por fracturas, el 14 % por partos, el 13 % por apendicitis, el 7 % por traumatismos, etc., etc. Al comparar esta estadística con la de otro hospital, también de la Comunidad Autónoma de Madrid, como el del Niño Jesús, en el estudio efectuado por la Dra. Pilar Brañas (An. Esp. Ped. Sup. 32, vol. 29. sept. 1988) los trastornos orgánicos representan el 18 % de los ingresados, de ellos el 21,8 % son meningitis, el 18,1 % son enfermedades respiratorias, el 14 % enfermedades digestivas y entre la patología psicosocial figura el dolor abdominal con el 11 %, los intentos de suicidio con el 2,4 % y los «mareos» con el 2,3 %. Como puede verse ambas estadísticas son absolutamente diferentes.

Ambas siguen siendo muy diferentes a lo encontrado por nosotros en el estudio efectuado en tres colegios de Madrid (n.º 1.382 niños). Uno estatal en un municipio de los llamados dormitorio, uno privado del mismo municipio y uno de medio alto estading de dentro del casco urbano. Comparando entre sí los datos de los tres colegios, son bastante similares. La enfermedad que padecían en el último año por la que han ido al médico es en primer lugar el «dolor de muelas» que ha sido el motivo de la consulta en el 13 %, el 12 % y el 12 % en cada uno de ellos. Cifra como se ve muy similar. En segundo lugar está el «chequeo» por el cual solamente han ido al médico el 4 % en el colegio estatal y sin embargo el 12 % y el 12 % respectivamente en los dos colegios privados, tanto el privado del municipio que llamaríamos dormitorio como el del casco urbano. Los «traumatismos» son también relativamente comparables 11 %, 8,9 % y 9 %. La «tos» fue el motivo de consulta en el 18 % del colegio estatal y el 3,5 % y el 7 % en cada uno de los otros dos colegios; evidentemente estas cifras pueden ser muy diferentes puesto

que la estadística no está hecha en el mismo período del año. Sin embargo las preocupaciones que podríamos llamar «estéticas» son claramente más manifiestas en los colegios privados con un 0,8 % para «muy bajo» y «muy gordo» en el colegio estatal y el 4,1 % y el 5 % para los colegios privados; evidentemente en los colegios privados se han preocupado más del chequeo y más de las condiciones estéticas como «muy bajo» y «muy gordo». Pero no son sólo las diferencias con las estadísticas citadas anteriormente hechas sobre las causas por las que ha ido a consultar al médico; si hacemos el mismo estudio de la causa por la que ingresaron en el hospital entre los tres colegios antes citados, en la totalidad de los casos encuestados (1362) el 39 % habían ingresado alguna vez en un hospital. De ellos el 20 % habían ingresado para ser operados de adenoides y/o amígdalas. El 13 % para apendicectomía. El 9 % por enfermedades urogenitales. El también 9 % por traumatismos. El 4,7 % por enfermedades infecciosas y el 2 % por enfermedades respiratorias, habiendo después un número muy grande de capítulos con menor número cada uno de ellas. Esta estadística no comparable con las de Casas, o Brañas, es también sesgada puesto que registra todos los ingresos hospitalarios a lo largo de toda la vida del niño y no sólo durante el período de la adolescencia.

En el estudio efectuado por nosotros sobre los 1362 adolescentes de tres colegios de Madrid, la visita médica en el último año había sido frecuente, el 84 %, 93 % y 78 % de los encuestados. Un alto número de ellos la consideraron útil en el 86, 80, y 85 % y una parte importante fueron a la visita acompañados por sus padres el 58 %, 65 %, 79 %, lo que nos parece un índice elevado de satisfacción con la visita y de una mayor independencia de los adolescentes para el colegio esta-

tal o el privado de la ciudad dormitorio frente al de mayor estanding del casco de Madrid.

### *Problemas Sociales*

El adolescente ya hemos dicho que va a enfermar de manera frecuente en su *salud social*, lo que constituye el grupo más importante de morbilidad en esta edad y que habitualmente no van a ser considerados como «enfermedades», aunque lo son en sentido estricto. Las alteraciones de la salud social podrían resumirse en: Tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, embarazo, inadaptación social y delincuencia. También a este respecto se podría decir que no tenemos un conocimiento totalmente exacto en los adolescentes españoles de la incidencia de cada una de estas alteraciones de la salud social.

*Tabaco.* Según las cifras dadas por Soler Insa y Cols. (Gráficas Cristal. Madrid 1988) la mitad de los jóvenes españoles permanecen al margen de las drogas. La otra mitad fuman y beben alcohol a diario. De esta mitad la mitad fuma un paquete de tabaco al día, bebe más de 70 cm.<sup>3</sup> de alcohol puro al día y al menos han tenido contacto directo con cannabis.

Según el estudio presentado por Martos, Paredes y colaboradores de la Universidad de Extremadura (1988) el 20 % de los varones y el 27 % de las hembras adolescentes son fumadores. El 67 % de los varones toman bebidas alcohólicas y 34,8 % de alta graduación. El 60 % de las hembras han probado el alcohol, el 20 % de alta graduación y beben con frecuencia solamente el 1,4 %. El 10 % de los varones usan drogas y casi a diario el 9,4 %. Del 2 al 5 de las mujeres usan drogas y casi a diario el 3 %.

En muchos aspectos las diferentes estadísticas tampoco coinciden por varias razones: 1.º se puede etiquetar de consu-

midor a un fumador de 3 cigarrillos dos veces por semana o a un fumador de más de 20 cigarrillos al día. Lo mismo ocurre con la ingestión de alcohol, drogas, etc. por tanto es necesario al hacer este tipo de encuestas, si se quiere que sean comparables unas con otras, ponerse previamente todo el mundo que trabaje en este campo de acuerdo sobre lo que va a entender por fumador, no fumador, etc., etc. Lo mismo ocurre en cuanto al alcohol, la droga, etc.

En el estudio de fumadores que nosotros efectuamos en los tres colegios previamente citados de Madrid, encontramos fumadores en un 25 % y 7 % según el colegio; pero el consumo de 0 a 10 cigarrillos por día en cada colegio representa el 83 %, el 54 % y el 60 %, de los fumadores. De 10 a 20 cigarrillos al día el 17 %, 25 %, 21 % y más de 20 cigarrillos el 3 %, el 5 % y el 8 %, lo cual querría decir que entre los adolescentes que admiten fumar solamente podrían considerarse fumadores el 20 %, el 30 % y el 29 % respectivamente. Por otra parte entre los 13 y 16 años es el momento en que empiezan a fumar con más frecuencia. En la encuesta antes citada entre 11 y 12 años fuman solamente el 9 y el 11 %, pero entre los 13 y 16 años se inician el 79 % y el 75 % de los fumadores respectivamente y con más de 16 años el 3 % y el 2,8 %. Luego es evidente que la edad máxima de comienzo se sitúa entre los 13 y 16 años.

*Alcohol.* Existen varios parámetros para definir lo que se puede entender por consumidor habitual de alcohol; podrían admitirse como ligeros aquellos que toman cerveza hasta un tercio o dos quintos al día y todos los días. Y vino hasta un vaso grande o dos pequeños. Moderados los que toman cerveza hasta 4 tercios o 6 quintos y vino hasta 3 vasos grandes o 6 pequeños por día. Y altos aquellos que

tomen cerveza hasta 5 tercios u 8 quintos y vino hasta 4 vasos grandes u 8 pequeños.

Por otra parte pueden considerarse alcohólicos aquellos que toman más de 70 cm. cúbicos al día de alcohol puro.

Se va a dar con bastante frecuencia la coincidencia del alcohol, consumo de drogas y embarazo en la adolescencia. Que esto es perjudicial para el embarazo ya es de tiempo conocido. En las prevenciones de Sanson a su madre (Jueces 13:3-4) dice: «no bebas vino ni licor alguno ienebrante pues vas a concebir y parirás un hijo».

Respecto al consumo de tabaco y alcohol en el estudio de García Teresa y colaboradores (Hospital del Niño Jesús. Madrid, 1989) encuentran que entre los adolescentes de 13 a 18 años consumen tabaco el 17,8 % de los varones, el 24,3 % de las hembras y el 10,5 han fumado pero han dejado de hacerlo. Respecto al alcohol encuentran que el 61,6 % de los varones beben alcohol y el 59 % de las hembras.

En el estudio de Soler, Insa y Colls. (Gráficas Cristal. Madrid 1988) en un 7 a un 8,5 % de los adolescentes de 10 a 13 años son bebedores habituales en el sentido estricto. Casi la mitad de los españoles bebedores se han iniciado en la bebida alcohólica antes de los 16 años. Lo que es evidente en numerosas estadísticas es que el retraso en la edad del primer uso del tabaco y del alcohol retrasa también el inicio del resto de las drogas.

Respecto a la situación de la adolescencia frente al alcohol, en el estudio ya citado efectuado por nosotros en tres colegios madrileños, beben alcohol el 48, el 42 y el 42 % en cada uno de los colegios. De este alcohol es cerveza el 87 %, el 54 % y el 77 % respectivamente y vino el 15 %, el 18 % y el 9,2 % y licores el 6,8 % el

38 % y el 87 %. Es necesario tener en cuenta como son estos bebedores; de los que beben alcohol, sólo lo beben en las fiestas el 45 %, el 53 % y el 51 % respectivamente. Sólo beben los fines de semana el 30 %, el 34 % y el 37 %. Beben una vez al mes el 10 %, el 9 % y el 8 %. Y más a menudo el 13 %, el 6 % y el 3 %. Indudablemente la incidencia de bebedores de licores es mucho más intensa en el colegio de mediano-alto estandring (87 %) que en el colegio estatal (6 %). Posiblemente esto sea debido a que en uno de ellos beben alcohol de más graduación mezclado con colas, tónicas, etc., el típico «cubata», y en el otro no tiene dinero para el «cubata» y beben cerveza.

Es evidente también que como consumidores estrictos de alcohol no serían más que el 13 %, el 8 % y el 3 %; el resto beben alcohol pero de manera ocasional. Es necesario decir que nuestra estadística puede estar sesgada, puesto que se ha efectuado en los adolescentes que están todavía dentro de colegio, posiblemente los bebedores habituales, frecuentemente consumidores habituales de droga y fumadores habituales, no van ya al colegio, están haciendo ya una vida marginada. Es evidente que las cifras son muy diferentes según las diferentes estadísticas y que para que representen cifras válidas, deben ser hechas todas con universos similares y técnicas idénticas.

*Drogadicción.* Similares situaciones encontramos en lo que respecta a la tercera enfermedad social del adolescente: la drogadicción. Es de reseñar que el drogadicto generalmente lo es de varias drogas a la vez, por ejemplo en los Estados Unidos la prevalencia de las drogas entre los que las usan es el siguiente, alcohol el 92 %, tabaco el 69 %, marihuana el 54 %, estimulantes el 26 %, cocaína el 17 %, sedantes, tranquilizantes y alucinógenos el 12 %, opiáceos el 10 % y heroína el 2 %

(1985 Monitoring. Fut. Proj. High School Seniors), se podría decir que prácticamente todos los que consumen drogas en los Estados Unidos consumen alcohol.

En estadísticas citadas anteriormente (Soler, Insa y cols) se da como cifra de haber tenido contacto directo al menos con cannabis a 1.250.000 adolescentes aproximadamente. Según la citada estadística de Martos, Paredes y colaboradores el 10,25 % de los varones usan droga y casi a diario el 9,4 %.

En la estadística efectuada por nosotros en los tres colegios ya citados, sólomente el 5 % habían probado algún tipo de droga alguna vez y de ellos sólomente el 0,8 % la habían consumido más de 6 veces en su vida. Entre las drogas consumidas en el 67 % de los casos había sido cannabis, el 9 % cocaína, el 4 % heroína, el 4 % anfetaminas, y el 3 % pegamentos. Como se ve en esta estadística, en los adolescentes que asisten todavía al colegio, las cifras son muy inferiores a las anteriormente citadas y la mayoría lo que habían consumido había sido cannabis, el clásico «porro». Indudablemente esta estadística es válida solamente para los adolescentes que siguen asistiendo al colegio, pues es posible, que como ya citábamos anteriormente, los casos más asiduos en el uso de las drogas, ya muy marginados no asistan al mismo.

*Relaciones sexuales.* La última enfermedad de las llamadas sociales sería la correspondiente a las relaciones sexuales muy precoces. Este tipo de relaciones aumentan el número de enfermedades de transmisión sexual (clamidias, sífilis, gonorrea, etc.), el número de embarazos de riesgo y la posibilidad de esterilidad posterior. Estas posibilidades de enfermar aumentan con el aumento en el número de parejas múltiples, que ha pasado del 14 % al 42 % desde 1971 al 79 y con un

aumento del número de relaciones sexuales hasta en un 51 % de los encuestados en otras estadísticas. En el estudio por nosotros efectuado sólo el 10 %, el 11 % y el 4 % habían tenido respectivamente relaciones sexuales, entre los que las tuvieron se inicia como media en esta estadística a los 15,3 años.

A lo largo de esta aportación a la mesa redonda sobre adolescencia he intentado dar una respuesta actualizada al máximo y

con todas las reservas necesarias a la pregunta ¿De qué mueren y de qué enferman nuestros adolescentes? Desearía resaltar como final la necesidad de que todas las personas o grupos que trabajamos en estos estudios sobre adolescencia se pongan de acuerdo en las características del universo estudiado y en la metodología desarrollada a fin de poder obtener resultados comparables.