

PEDIATRIA SOCIAL

Aspectos demográficos y asistenciales del adolescente*

G. CASTELLANO BARCA

RESUMEN: En 1981 había 6.579.138 adolescentes en España, lo que supone el 17,46 % de la población general. Los porcentajes están disminuyendo, mientras que las cifras absolutas aumentan. Los adolescentes tienen problemas específicos, como el alcoholismo, el embarazo temprano, la drogadicción, los problemas psicosomáticos, etc. Además, el comportamiento del adolescente frente al médico es también peculiar. Por todo ello, se necesita un equipo de Atención al Adolescente que incluya varias especialidades y un Servicio de Asesoría. PALABRAS CLAVE: DEMOGRAFÍA. ADOLESCENCIA. ATENCIÓN AL ADOLESCENTE.

DEMOGRAPHIC ASPECTS AND CARE OF ADOLESCENT (SUMMARY): In 1981, there was 6.579.138 adolescents in Spain, corresponding to 17,46 % of general population. The percentages are decreasing meanwhile the absolute figures are increasing. The adolescents have specific problems, as alcoholism, precocious gravidity, drug addiction, psychosomatic problems, etc. Besides, the behaviour of adolescents opposite to physician is also peculiar. For all that, an Adolescent Care team, including several specialities and a Consultan's Service are needed. KEY WORDS: DEMOGRAPHY. ADOLESCENCE. ADOLESCENT CARE

«El niño pequeño, bajo el control de sus padres tiene poco poder; el adulto tiende a ser más bien comprensivo y tolerante, pero el adolescente, reconcentrado sobre sí mismo, sobre la persona que desesperadamente trata de desarrollar, espera que los demás se den cuenta de su necesidad de éxito, de aceptación y de independencia» (7).

J. ROSWELL GALLAGHER, 1960

INTRODUCCIÓN

Las líneas anteriores se hallan en el primer libro sobre Medicina del Adolescente, escrito por el Dr. Gallghen, fundador en 1950 del primer Servicio Médico específico para jóvenes, anexo al Hospital

de niños de Boston (7). En Europa la primera unidad de este tipo se creó en 1960 en Helsinki, a la que siguió la del Prof. Dogramaci en Ankara en 1964, extendiéndose a continuación por otros países (7).

Es evidente que la adolescencia presenta una problemática múltiple condicionada por un lado por los grandes cambios físicos, psíquicos, afectivos y sociales, que se producen a esa edad (5); y por otro lado por falta de respuesta social, que no soluciona sus aspiraciones ni su futura incorporación al mundo del adulto.

Sobre este planteamiento inicial consideramos además que la asistencia sanitaria que reciben los adolescentes no es la ade-

* Mesa Redonda sobre Adolescencia. Palencia 4 de abril de 1987.

cuada, quedando siempre diluida; es poco específica e infravalora su patología. Desgraciadamente muchos jóvenes viven en una situación de desesperanza crónica y como dice el Prof. Rof Carballo *«es posible que la situación intelectual de la adolescencia sea aún peor que la económica»* (1).

Por otra parte hay que considerar que el estudio de la adolescencia forma parte de una fenomenología sanitaria y social en la que participan disciplinas varias como la Medicina Preventiva y Asistencial, Psiquiatría, Psicología, Economía, Pedagogía, Moral y Derecho (1).

Finalmente recordemos que el mundo del adolescente gira en torno a la familia, la escolaridad (que ocupa una tercera parte de su tiempo), la importancia creciente de las amistades extrafamiliares y la conciencia creciente de su propia identidad (4, 5). Por tanto es preciso valorar estos factores cuando se hace una evaluación sobre el estado físico o psíquico de un joven.

DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

El Comité de Expertos para problemas de la adolescencia de la OMS (1) la define así:

Primera adolescencia o pre-puberal 10 - 14 años
Segunda adolescencia o puberal 15 - 19 años

El conjunto de edad 10 - 19 años es llamado *«juventud»*. Se ha abolido el límite de 30 años establecido antes como fin de la época juvenil. Es evidente que la maduración corporal y el papel social del adolescente han variado, adelantándose y asumiendo funciones reservadas no hace muchos años a personas de más edad.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Según el censo del INE de 1981, España contaba en esa fecha con una población adolescente de 6.579.138 personas, lo que supone el 17,46 % de la población total (1) (Tabla I).

Desde principios de siglo la población adolescente se ha duplicado, sin embargo la relación porcentual entre la población total y la adolescente ha disminuido:

1900: 18,89 %
1981: 17,46 %

Estos cambios se han producido por la mayor expectativa de vida, que modifica las pirámides demográficas. En el caso concreto de Cantabria la población, en 1981 de 10-19 años es de 86.580 personas, de las cuales 45.309 son varones y 41.271 son hembras (1).

En 1978 fallecieron en España 3.136 adolescentes, lo que significa un adolescente muerto por cada 11.727 habitantes de todas las edades, y por cada 2.027 habitantes de 10 - 19 años. A partir de los años 60 dejan de ser las enfermedades infecciosas la primera causa de mortalidad para ocupar su lugar los accidentes de todo tipo (Tabla II).

ASPECTOS ASISTENCIALES

En casi todos los países los adolescentes son el grupo de población que menos frecuenta las consultas médicas y hospitales (3). Aún admitiendo la baja morbilidad y mortalidad de este grupo de población, no hay relación entre sus necesidades reales y la atención sanitaria que reciben. La adolescencia es el grupo de población menos protegido en la sociedad moderna por:

- A) La opinión de los jóvenes respecto a su salud.
- B) Actitud de los sanitarios respecto a los adolescentes (3).

TABLA I. EVOLUCION DE LA POBLACION ADOLESCENTE

AÑOS	POBLACION DE 10-19 AÑOS	POBLACION TOTAL	%
1900	3.518.134	18.616.630	18,89
1910	3.860.540	19.995.686	19,30
1930	4.479.595	23.563.867	19,01
1950	5.014.596	28.117.863	17,83
1970	5.739.081	33.956.376	16,90
1981	6.579.138	37.680.967	17,46

(Fuente: I.N.E., Anuarios Estadísticos).

TABLA II. CAUSAS DE MORTALIDAD DEL ADOLESCENTE

ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS	50,09 %
TUMORES	14,57 %
E. APARATO CIRCULATORIO	7,52 %
E. APARATO RESPIRATORIO	6,47 %
E. DEL SISTEMA NERVIOSO Y ÓRGANOS SENTIDOS	4,94 %
E. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3,83 %

Reseñemos brevemente la falta de coincidencia entre los diferentes autores sobre los motivos de asistencia a consulta (3, 7). Lo que sí parece claro en la opinión de la Unidad de Atención al Adolescente de Folkhalsan, de Helsinki, es que a partir de los 14 años de edad predominan las hembras en las consultas, quizá por la demanda ginecológica.

Llegado a este punto es obligado reflexionar sobre tres cuestiones que atañen directamente al aspecto práctico asistencial (3):

1.º *¿Cuál es la formación de los Pediatras en cuanto a los problemas de salud del adolescente?* Creemos que no hay plena conciencia de esta faceta asistencial y que existen lagunas en la formación, que se van subsanando.

2.º *¿Qué atención se presta a los adolescentes a nivel preventivo y asistencial?* Nos parece que insuficiente.

3.º *¿Quién se debe ocupar de la asistencia del adolescente?* En este sentido haremos nuestra la afirmación de la Academia de Pediatría de Estados Unidos que admite que «el campo de la Pediatría incluye el crecimiento, el desarrollo y la salud del niño; comienza antes del nacimiento, cuando la concepción se hace aparente, y continúa en la infancia y en la adolescencia, hasta la terminación del crecimiento y desarrollo».

Parece lógico que sea el Pediatra quien se encargue de la salud del joven ya que es quien mejor conoce su historial clínico y todo lo que incide en una posible patología. En su defecto será el Médico de Familia el más idóneo.

A poca experiencia que se tenga en el trato con adolescentes llama la atención lo peculiar de la relación con este grupo de población y que resumimos así (3):

— El adolescente es crítico y exigente.

— Necesita un tipo de relación que no sea moralizante ni censora.

— Rechaza los aspectos administrativos.

— Rechaza formas tradicionales de interrogatorio médico.

— Una mala recepción invalidará la consulta.

— A los adolescentes les gusta ver en el médico una «persona que en ocasiones receta».

— El adolescente ve en el médico una «persona de orden». Lo cual basta para engendrar oposición.

— La autoridad médica es vista por el adolescente como algo que viene a contrarrestar el proceso de individualización, la búsqueda de su propia identidad.

— Ante síntomas que no tengan explicación pensar en factores estresantes (familia, colegio, amigos). Es lo que los americanos denominan C.A.E. (conducta anormal ante la enfermedad).

aspectos endocrinológicos y psiquiátricos, siguiendo a Mande (7).



FIG. 1. Consultas que deben trabajar integradamente en la atención del adolescente. Además se precisará un Servicio de Información y Asesoramiento

CONSULTA IDEAL PARA ADOLESCENTES

Es aquella en la que el Pediatra coordina a un equipo de Profesionales que abarcan diversas disciplinas (Endocrinólogo, Ginecólogo, Psiquiatra, Psicólogo, Enfermera, Asistente Social). Naturalmente que no todos los pacientes deben pasar por todas las consultas, pero ha de ser posible el trabajo en equipo, la posibilidad de abordar el problema desde distintos ángulos, si se cree necesario, el intercambio de información, las reuniones periódicas y la evaluación de resultados obtenidos (Fig. 1).

Por su parte el Pediatra debe completar su formación en materias tales como Endocrinología, Ginecología Juvenil, y Psiquiatría Infanto-Juvenil. Rechazamos la tesis de que la asistencia al adolescente sea, casi exclusivamente el desarrollo de

Damos gran importancia a la recepción de los pacientes, que va a condicionar el que nos acepte o no. La persona encargada de tal menester ha de pensar que la adolescencia forma una «sociedad dentro de la sociedad», con sus prejuicios, sus gustos, sus ídolo, su «lenguaje», y ha de conectar con el adolescente tratando de entender su problemática y las posibles limitaciones que impondrá de una u otra forma, antes de ser atendido.

Los autores escandinavos, con amplia experiencia, recomiendan un horario de consultas especial, a horas en que puedan acudir tras acabar sus labores escolares, en barrios frecuentados por jóvenes, si es posible, con dedicación a cada paciente de media hora, y no intercalando las visitas con otras de niños pequeños, cuidando el aspecto de la sala de espera, que no ha de ser infantil, etc. Olvidar estos detalles resta credibilidad a su juicio (7).

Merece un comentario especial el secreto médico que debe ser guardado a toda costa, salvo causa grave. Sólo con su consentimiento se les comunicará a los padres o educadores el problema que exista (3, 7).

PERSPECTIVAS PARA ABORDAR LA SALUD DEL ADOLESCENTE

Quedan resumidas en la Tabla III. Aparte de insistir en la nueva formación del personal sanitario, queremos hacer hincapié en los aspectos preventivos múltiples, y baste como un ejemplo el bajo porcentaje de vacunación antitetánica que a nuestro juicio tienen los jóvenes.

Es indudable que una asistencia realizada teniendo en cuenta estas premisas es efectiva y rinde frutos. Citemos la experiencia de la Unidad de Atención de Folkhalsan, según la cual pasados los dos primeros años, los pacientes acuden por iniciativa propia o familiar en número importante, y no sólo por indicación del Médico Escolar (Tabla IV).

HOSPITALIZACIONES

Pueden hacerse en Hospital Pediátrico o de adultos, siendo el ideal el Hospital de día, y siempre sin estructuras rígidas que llevarían al incumplimiento de los consejos y planes administrativos y asistenciales.

CONCLUSIONES

Creemos que la Adolescencia merece una mejor atención sanitaria de la que recibe y que la Pediatría está capacitada para asumir esa tarea. Actualmente es un grupo de población en «terreno de nadie», que en los últimos años tiene una morbilidad y mortalidad más altas por problemas casi específicos, como la drogadicción, el alcoholismo y la patología psicosomática, además de la patología habitual.

Repetimos lo que se dijo en 1983, en la XVII Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría celebrada en Zaragoza (1):

«LA PEDIATRÍA RECLAMA LA OBLIGACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL SER EN CRECIMIENTO Y POR TANTO DEL ADOLESCENTE».

TABLA III. INTEGRACION DE LOS CUIDADOS PREVENTIVOS Y ASISTENCIALES

A) ACCIÓN MÉDICA DE SALUD (PREVENTIVA) Y NO SÓLO DE ENFERMEDAD	
	— ENDOCRINOLOGÍA
	— GINECOLOGÍA
B) NUEVA FORMACIÓN PARA LOS SANITARIOS EN:	— PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
	— NEUROLOGÍA
	— ASPECTOS PSICO-SOCIALES

TABLA IV. MOTIVADORES DE CONSULTAS

PADRES	30 %
EL MISMO INTERESADO	25 %
SERV. HIGIENE ESCOLAR	25 %
OTROS SERVICIOS	10 %
INSTITUCIONES JUVENTUD	5 %
AMIGOS	5 %

BIBLIOGRAFIA

1. ARBELO CURBELO, A.; HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, G.; ARBELO LÓPEZ DE LETONA: *Demografía sanitaria de la adolescencia*. Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1985.
2. DAVID L. BENNET: *Conducta anormal de los adolescentes en la enfermedad*. Revista M.T.A. Pediatría 1982, 3: 153-159.
3. MANDE, R.; MASSE, N.; MANCIAUX, M.: *Elementos de respuesta a los problemas de la salud en los adolescentes*. Pediatría Social, Editorial Labor. Barcelona 1978, págs. 183-193.
4. MARTIN G. WOLFISH: *El médico como consejero del paciente adolescente*. Revista M.T.A. Pediatría 1983, 4: 23-28.
5. MARTIN, G. WOLFISH: *La mala escolaridad de los adolescentes*. Revista M.T.A. Pediatría 1986, 7: 127-142.
6. *Guía para la elaboración del programa del escolar y adolescente en atención primaria de salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio de Publicaciones. Madrid 1984, págs. 15-23.
7. OLE WASZ-HÖCKERT: *Asistencia médica al adolescente*. Revista M.T.A. Pediatría 1982, 3: 333-342.