

## Asistencia médica al adolescente

Dr. A. Jurado Ortiz  
 Jefe de Servicio de Pediatría. Profesor titular de Pediatría  
 H.M.I. Facultad de Medicina. Málaga

Parece un tópico que los jóvenes de hoy sean peores que los de antes, pero no es así; si rescatamos del pasado algunas opiniones sobre adolescentes vemos que se podrían trasladar a la actualidad; así, hace unos tres mil años una tablilla babilónica venía a decir: *“La juventud de hoy está corrompida hasta el corazón, es mala atea y perezosa, nunca será como la juventud del pasado y será incapaz de conservar nuestra civilización”*. A Sócrates en el siglo IV a.C. se le atribuye otra locución: *“La juventud de ahora ama el lujo, tiene pésimos modales y desdeña la autoridad, respetan a los padres, conversan entre sí cuando están en compañía de sus mayores, devoran la comida y tiranizan a sus maestros”*, y aun, en tiempo más reciente, se puede leer (Black D. Br Med J. 1,985): *“Todo el mundo sabe que los adolescentes pueden crear dificultades y es mejor mantenerse lejos de ellos hasta que sus hormonas descansen”*. Afortunadamente en los años 50 del pasado siglo un pediatra, Roswell J Gallagher, en Boston, considera “el problema” de distinta manera y sienta las bases de una asistencia médica adecuada al adolescente con desarrollo de la investigación, técnicas clínicas y de las características de una atención específica.

Así, consideramos al pediatra como el especialista idóneo para tratar a adolescentes y no sólo hasta los 14 años sino hasta edades más avanzadas. La Academia Americana de Pediatría y otras sociedades científicas recomiendan hasta los 21. Para atender a adolescentes no es suficiente tener un conocimiento técnico sobre las características de sus desarrollo, su forma de enfermar o los recursos terapéuticos de que disponemos para tratarlos; es además necesario “sentirse cómodo” delante de ellos y tener una cierta experiencia con gente joven.

Los objetivos de la asistencia médica al adolescente son estimular un crecimiento y desarrollo óptimo tanto físicos, como mentales, sociales y emocionales, fomentando los aspectos positivos y tratando de modificar los negativos, incidiendo en determinadas áreas: deporte, nutrición, sexualidad, drogas, etc. Aunque no existe un criterio claro para pautar el número de visitas parece prudente, según el del Comité de Prácticas de Medicina Ambulatoria de la Academia Americana de Pediatría, efectuar visitas a los 10, 12, 14, 16, 18 y 20 años realizando, como concretaremos más adelante, en estos períodos despistajes visuales y auditivos, actualización de vacunas y al menos una determinación de hemograma y orina. El éxito y continuidad de estos exámenes dependerán sin duda de la capacidad del pediatra para crear una atmósfera de confianza con el niño.

Resulta, con estas premisas, imprescindible crear centros de asistencia del adolescente en los que, dada su especial sensibilidad, se les atienda de manera distinta que a los adultos y a los niños, existiendo varios motivos que justifican esta propuesta, como son:

1. Mayor morbilidad y la posibilidad de prevención.
2. Cambio de la población como consecuencia de haber disminuido la natalidad.
3. El avance de determinadas especialidades pediátricas como, por ejemplo, la endocrinología.
4. Anticipación de la maduración sexual.
5. Una serie de características como pérdidas de valores que no se han sustituido por otros o dis-

tintas posturas ante la religión o, en definitiva, cambios sociales que influyen en el adolescente con una mejor calidad de vida, nuevos alimentos, nuevas músicas, mayor influencia de los medios de comunicación, diferente y más difícil relación con los padres, en definitiva, nuevos estilos de vida.

Tendremos en cuenta una serie de condiciones básicas en la asistencia al adolescente:

1. Favorecer la cita facilitando la consulta sin padres (éstos pueden ser útiles el primer día, sobre todo en la relación del historial médico del paciente que, si está presente, puede así conocer estos datos).
2. Evitar sala de espera con niños o adultos.
3. Ayudarles a comprender su enfermedad.
4. Implicarles en el mantenimiento y recuperación de su salud.
5. Desarrollar su autonomía.

La entrevista puede considerarse como el primero y más importante matiz cuando intentamos llegar al adolescente y a veces, dadas las características evolutivas de esta edad, puede ser la única oportunidad para asesorar, diagnosticar, orientar o ayudar a esa persona en etal momento.

Para realizar una entrevista adecuadamente es importante tantear determinados aspectos como conocer las características del entrevistado y las cualidades y determinantes del entrevistador, así como el contenido y forma de la entrevista

Dentro del primer apartado hemos de tener en cuenta que el adolescente cada vez tiene problemas más complejos ya conocidos como dificultad de adaptación, consumo de alcohol y otras drogas, trastornos nutritivos, problemas psiquiátricos, más y más precoces relaciones sexuales con mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados, etc., pero él no tiene siempre un acceso fácil al servicio de salud, en realidad no sabe dónde acudir, le falta información y, por ende, conocimiento sobre los recursos sanitarios que puede y debe utilizar; nuestros sistemas organizativos cada vez ponen más trabas, la burocracia cada vez es mayor

con una nula intimidad y con escaso tiempo por paciente; y además existe un defecto de coordinación en los programas por cierto determinados mensajes; ¿los reciben aquellos a quienes van dirigidos?, ¿se utilizan los canales adecuados para enviarlos? La verdad es que todos estos aspectos no se contemplan en los programas de atención al niño sano.

El adolescente, ante la presencia del pediatra que le va a reconocer, puede adoptar diversas posturas:

1. Hablador: hablan constantemente en un acto defensivo para no entrar en temas conflictivos, con el relato de sus "éxitos" intenta desviar la atención del entrevistador. En un determinado momento podríamos preguntarle: ¿por qué me hablas tanto de esto?
2. Silencioso: hay otro grupo en que permanecen mudos ante la entrevista o incluso dan la espalda indiferentemente al que les habla, lo más seguro es que hayan sido obligados a acudir a la entrevista y consideran al médico como parte del poder adulto. Podemos intervenir con preguntas como: ¿quién te ha obligado a venir?; se como te sientes, ¿eúe hace un chico como tú en un sitio como éste?
3. Enojado y agresivo: ante esta situación deberemos evitar responder del mismo modo, hay que reconocer los sentimientos propios del chico e intentar identificar la causa que a lo mejor es simplemente una larga espera antes de entrar o empezar con preguntas inofensivas. (¿Estás muy molesto?)
4. Lloroso: aunque ante esta circunstancia el médico se sienta incómodo, estas lágrimas pueden ser beneficiosas y terapéuticas para el paciente, quizás en esta ocasión lo mejor sea permanecer silencioso, incluso a veces puede ser útil disponer de pañuelos de un solo uso en el cajón de la mesa.

Desde el punto de vista del entrevistador hemos de decir que por parte del pediatra se requiere motivación, ilusión y disposición personal. Hay que tener interés y demostrarlo; entenderles, valorarles y oírles con afecto e incluso con amistad, teniendo en cuenta que no sólo es importante lo que se le dice sino cómo se le dice y, además, como se le trata.

Para atender a adolescentes son imprescindibles por parte del pediatra una serie de características:

1. Madurez personal y afectiva, el pediatra que trata a adolescentes, si no ha solucionado previamente sus prejuicios, sus convicciones o sus vivencias personales conflictivas, mal puede ayudar a los demás.
2. Capacidad de comunicación sincera y fluida.
3. Conocimiento adecuado de los problemas sociales de la actualidad.
4. Adecuada comprensión de la sexualidad humana.
5. Autoestima que implica seguridad.
6. Autoridad pero no excesivamente autoritaria, valga la expresión, sino con cierta flexibilidad.
7. Valores sólidos (culturales, morales y espirituales coincidentes con los de su generación).

Conviene dejar claro que el médico que atiende al adolescente no es un representante de los padres y mucho menos un represor de conductas, y durante la entrevista tratará de evitar determinadas posturas:

1. Aliado del adolescente: Rechazando la rigidez de ciertos progenitores cayendo en la tentación de ser "padre sustituto" o "salvador".
2. Aliado de los padres: si el pediatra manifiesta un total acuerdo con los padres del adolescente éste puede interpretar esa armonía como una alianza entre quienes no le comprenden, cerrándose así a cualquier posibilidad de ayuda por su parte.
3. Moralizante: se trata de otra forma de alianza con los padres a través de los consejos, "no hagas esto o lo otro", "no salgas, no entres". Para discursos morales, pensará el joven, ya tiene los de sus padres.

Es fundamental una entrevista bien estructurada de tal modo que el médico obtenga la información que busca y el adolescente descubra a un adulto que le sabe escuchar y orientar en cuanto a su salud integral se refiere. Aunque la entrevista se puede iniciar conjuntamente con los padres para datos de historia familiar y personal (así el chico conocerá su "currículum médico", como habíamos comentado previamente), la entrevista será por separado con la más estricta confidencialidad y a los padres, al margen de

obtener los datos antes dichos, aprovecharemos la visita para informar y orientarles sobre la actitud adecuada hacia sus hijos.

Ya que el adolescente es una persona con cierta complejidad, sensible y que no suele mostrar sus sentimientos con facilidad, deberemos mantener en su trato una conducta diferente a la habitual en otras edades pediátricas, repasando con él los problemas que le conciernen y que suelen diferir de los planteados con los padres.

Inicialmente, para establecer una relación de confianza, es conveniente comenzar la entrevista charlando sobre sus amigos, aficiones o colegio, con objeto de disminuir la tensión; para valorar la personalidad, talante o pensamiento del adolescente conviene dejarle hablar un rato para que se familiarice, aceptando sus comentarios para hacerle notar que se le trata como a una persona adulta no como a un niño o a un paciente rutinario.

Este interrogatorio será, insistimos, personal y confidencial, sin prisas, escribiendo lo menos posible en presencia del joven, evitando las interrupciones, procurando no dar consejos ni juzgar y no hacer comentarios sin la presencia del paciente, estas características son difíciles de abarcar en un colegio.

Como en cualquier otro acto médico, la anamnesis es imprescindible para identificar los problemas y orientar la pauta a seguir en el resto del examen. Debe abarcar historia familiar, antecedentes médicos personales, insistiendo en el calendario vacunal y, sobre todo, en VHB, historia psico-social y problemas médicos actuales.

Es recomendable repasar con el adolescente los sistemas, órganos y aparatos para que se manifieste sobre sus problemas específicos, para ello se puede utilizar la recomendación de García-Tornel con el acrónimo de FACTORES.

Familia: relación con los padres y hermanos, grado de satisfacción de la misma.

Amistades: actividades, deporte, tipo de relación.

Colegio-trabajo: rendimiento, grado de satisfacción.

Tóxicos: experiencia y abuso (el abuso conlleva con frecuencia a la delincuencia, más frecuentemente en

el varón por sus características biológicas), alcohol, tabaco.

Objetivos: estudios, familia, trabajos, ideales...

Riesgo: deportes, tráfico, medicamentos (drogas, laxantes, anfetaminas, anovulatorios, adelgazantes), dietas restrictivas, abuso sexual...

Estima: autoestima, valoración personal, aceptación de su imagen.

Sexualidad: información, identidad, actividad, precauciones, homosexualidad.

Examen físico: como en cualquier otra situación pediátrica, debe ser completo, respetando el pudor del adolescente, para detectar enfermedades ocultas o en fase inicial; este examen físico debe incluir, como ya hemos dicho, exámenes oftalmológico (miopía, daltonismo), auditivo (advertir del riesgo de oír música con niveles elevados), dentición, columna vertebral para descartar escoliosis (reverencia de Adams o plomada desde la 7C al pliegue interglúteo), tensión arterial, comprobar el estadio de Tanner enseñando a las mujeres la técnica de auto-exploración de mama para detectar precozmente cualquier anomalía.

Pruebas de laboratorio: ya comentadas previamente una serie roja y una orina que incluya glucosuria, proteinuria y sedimento. La reacción de Mantoux no debe hacerse sistemáticamente ni tampoco determinaciones de colesterol salvo en situaciones de riesgo familiar o personal; en caso de actividad sexual se realizará en mujeres frotis de pezón, despistaje de gonorrea y *Chlamydia*, serología de lúes y citología vaginal y, en caso de sospecha u homosexualidad, HIV.

Dentro de los problemas más frecuentes por los que van a consultar en atención primaria destacaría:

1. Accidentes: a esta edad se practica el deporte de manera más violenta por lo que antes había lesiones leves que ahora son severas y además comienzan a ejercitar otros deportes de riesgo: alpinismo, competiciones de motor, rugby o caza con armas de fuego que conllevan un mayor peligro. Mención especial merecen los accidentes de tráfico, comienzan a utilizar métodos propios de transporte, frecuentemente son osados y no cumplen

las normas; a esta edad son también relevantes problemas ortopédicos relacionados o no con el deporte, como deformidades de la columna a las que hay que estar especialmente atento como ya hemos comentado.

2. Infecciones: al margen de otras comunes con la niñez, con esta edad destacan específicamente: mononucleosis infecciosa, neumonía por micoplasma, hepatitis víricas, infecciones por VIH y las de transmisión sexual con características similares a las de los adultos.

3. Problemas de alimentación y nutrición: durante la infancia es la madre la encargada de nutrir y alimentar al niño pero ahora es el sujeto quien elige y no siempre lo que ingiere contiene los nutrientes idóneos; se produce una mayor crítica sobre la imagen corporal con importantes trastornos del comportamiento alimentario como bulimia, anorexia nerviosa, síndrome del miedo a engordar, vigorexia u obesidad.

4. Problemas cardiovasculares: en esta edad se descompensan o manifiestan algunas cardiopatías (valvulopatías) con especial expresión al practicar deporte, hipertensión (comienzo de enfermedad vascular, renal o sistémica: lupus) o hiperlipidemia.

5. Problemas dermatológicos: aunque no de manera exclusiva merece destacar sobre todo el acné, que afecta a un considerable número de adolescentes hasta un 85% de los comprendidos entre los 14 y 16 años en las mujeres y entre los 16 y 19 en los hombres, y al que no debe restarse importancia ya que su repercusión psicológica es devastadora en muchos adolescentes.

6. Problemas neurológicos: las cefaleas recurrentes son frecuentes en el adolescente y pueden ser signo de ansiedad, estrés o depresión, siendo importante, como comprenderán, hacer el diagnóstico diferencial con la cefaleas orgánicas. Los trastornos del sueño (sonambulismo, hipersomnia, insomnio, etc.) son menos frecuentes pero casi siempre con la misma etiología que la cefalea. Hay en esta edad un aumento de frecuencia de aparición de la primera crisis epiléptica que puede tener consecuencias graves si al sentir los pródromos el paciente no abandona la actividad que realiza (tráfico, deporte); también son frecuentes los

trastornos paroxísticos no epilépticos, sobre todo el síncope o desmayo simple, síntoma alarmante, para familia y médico, que aparece en esta edad y que puede dilucidarse con una buena anamnesis.

7. Endocrinología: fundamentalmente en lo que se refiere a la maduración hormonal que conlleva cambio físico, psicológico y social en el adolescente, pubertad precoz o atrasada, alteración de la talla, del tiroides, etc., que por sí solo son una materia amplia como para una sub-subespecialidad, si se permite el término.
8. Depresión: su diagnóstico es complicado en esta edad por las propias características evolutivas y madurativas de esta época de la vida ya que, como dato inicial, hay "oscilaciones de carácter" que pueden ser fisiológicas; es parecida a la del adulto aunque existe en el adolescente deprimido una tendencia al aislamiento; un cambio en los resultados escolares con reacciones explosivas características ante hechos sin importancia aparente existe, evidentemente, potencialidad para el suicidio, más frecuente en chicas. En los estudios clásicos de Taracena un 0,4% lo intentan y de cada sesenta que lo intentan uno lo consigue; en nuestro país se estiman unos 25.000 intentos de suicidio en adolescentes cada año. En definitiva, una perturbación de la afectividad junto a un trastorno funcional nos debe hacer pensar en un trastorno psiquiátrico. La depresión en esta edad requiere un tratamiento multifactorial: biológico con psicofármacos, social con intervención de su entorno y básicamente de la familia, e individual con psicoterapia.
9. Problemas psicosociales: que constituyen motivo de preocupación; vienen dados por la preocupación que tienen los adolescentes y sus padres por el cambio de comportamiento y las relaciones con la familia, a los padres les preocupa primordialmente la sublevación del hijo, sus problemas escolares, el riesgo de sus actuaciones, la variación de su estado de ánimo, sus relaciones sexuales y el consumo de drogas. Y a los jóvenes los conflictos con sus padres y hermanos, las relaciones con los compañeros y la actividad sexual, el temor a contraer enfermedades de transmisión sexual, problemas de rendimiento escolar y de afianzamiento de la personalidad.
10. Sexualidad: desde el punto de vista ya hemos comentado que las relaciones sexuales son más y más precoces, y una de las consecuencias de esta

situación es el embarazo de la adolescente, habitualmente no controlado ya que más de la mitad de las niñas ingresan de parto, por lo que las visitas prenatales prácticamente no existen. Este embarazo puede provocar situaciones como abortos provocados que producen en la madre durante años un sentimiento de culpabilidad, casamiento forzado, madre soltera con familias monoparentales, maltrato infantil y/o de la madre. Es, pues, importante en este aspecto emplear recursos importantes en la información de los adolescentes sobre todo en el conocimiento del embarazo no deseado y en el de la transmisión de enfermedades de contagio sexual y como evitar ambos.

11. Drogas: su consumo de drogas no es nada nuevo, históricamente cada sociedad ha desarrollado sus drogas culturales; en nuestro medio, por ejemplo, el alcohol y el tabaco no tan sólo son aceptadas socialmente sino que están promovidas económicamente. Ya se ha superado el concepto de droga dura o blanda, todas son "duras", todas son capaces de crear conflictos al margen de su mayor o menor toxicidad o legalidad (pueden modificar las funciones del organismo y crear hábito o dependencia: OMS 1975). La primera experiencia con drogas cada vez es más precoz, entre los 12-13 años. Un estudio del Plan Nacional de Drogas advierte que el 76% de los niños de entre 14 y 18 años han consumido alcohol en alguna ocasión y que el consumo de esta y otras drogas se multiplica a partir de las 12 de la noche. En un estudio que realizamos en la Urgencia del HMI hace unos años descubrimos que los accidentes de tráfico eran más frecuentes en horario de noche en días laborables y durante el curso y sólo asistimos niños hasta los 14 años... Estos datos son para reflexionar e intentar modificar el actual estilo de vida. Habitualmente son los padres quienes primero detectan los signos iniciales de alarma:

a) Debiendo estar atentos a determinados cambios físicos como ojos vidriosos y/o inyectados, pupilas contraídas o dilatadas, anorexia, pérdida de peso, cicatrices como señales de pinchazos o manchas en venas.

b) Cambios de costumbres: negligencia en el vestir, gafas de sol extemporáneas, absentis-

mo laboral o escolar, uso de argot "típico", salidas extemporáneas, regreso tarde a casa, necesidad y búsqueda continua de dinero.

- c) Cambio de actitudes o personalidad El niño se vuelve apático, indolente, introvertido, irritable, nervioso, tiene nuevas amistades, manifiesta una actitud negativa y chantajista, hurtos, actitud crítica con padres y profesores y, a todo ello, podemos unir:

- d) La aparición de residuos: jeringas, algodones, torniquetes, pegamento, frascos vacíos de medicinas, manchas de sangre quemaduras en la ropa...

Pero, en cualquier caso, debemos considerar que ahora el adolescente tiene un futuro mejor que hace años al disponer de mejores medios y no sólo económicos, sociales y profesionales, al margen de toda la miseria y grandeza que tienen las etapas de transición.