

PAPELES DEL
PSICÓLOGO

Papeles del Psicólogo

ISSN: 0214-7823

papeles@correo.cop.es

Consejo General de Colegios Oficiales de
Psicólogos
España

Aláez, Máximo; Madrid, Juan; Antona, Alfonso
Adolescencia y salud
Papeles del Psicólogo, vol. 23, núm. 84, enero-abril, 2003, pp. 45-53
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808405>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ADOLESCENCIA Y SALUD

Alfonso Antona*, Juan Madrid** y Máximo Aláez***

*Antropólogo. Programa de Salud del Adolescente. **Médico. Programa de Salud del Adolescente.

***Psicólogo. Centro Municipal de Salud de Hortaleza.

Ayuntamiento de Madrid

El cuidado de la salud de las y los adolescentes precisa de aproximaciones técnicas y teóricas determinadas que se ajusten a sus peculiaridades en cuanto a la etapa evolutiva en que se hallan. Los programas de salud diseñados para la o las adolescencias en los últimos años, tanto en nuestro medio como en otros países, responden al intento de posibilitar una atención integral e integradora para este grupo de población. En este trabajo vamos a describir sus principales necesidades y problemas de salud, así como algunas estrategias de intervención.

The care of the health of the adolescents precise of determined theoretical and technical approaches that they adjust to his peculiarities as far as the evolutionary stage in which they are. The programs of health designed for the adolescences in the last years, so much in our medium as in others countries, respond to the attempt to make possible an integral and integrating attention for this group. In this work we are going to describe its main needs and problems of health, as well as some intervention strategies.

Seguramente la nota más definitoria de la adolescencia sea su consideración como un **proceso de transición** entre la infancia y la vida adulta, entre la dependencia/tutela familiar y la incorporación a la sociedad con plenos derechos, proceso que en las sociedades agrarias tradicionales era superado a través de ritos iniciáticos que significaban el paso inmediato de la infancia al sistema productivo mientras que en las sociedades industriales se ha ido prolongando artificialmente hasta llegar a formar la "segunda década de la vida" - cuando no una tercera-, alargando los procesos educativos, y retrasando el momento de adquisición de la autonomía personal. Este espacio y tiempo liminal (y su consideración como una condición social ("**ser adolescentes**", Funes, 1990), tiene que ver con algunos de los problemas y necesidades que presentan los adolescentes actuales. Es imposible plantearse el análisis de dificultades o conflictos concretos del adolescente, al igual que los remedios a sus males, sin considerar que **el eje definidor está en el entramado social** que genera la propia adolescencia; así como que la adolescencia no es algo autónomo, sino una realidad que forma parte de un sistema social determinado (Madrid y Antona 2000).

ALGUNOS ASPECTOS A DESTACAR EN EL DESARROLLO BIOLÓGICO Y PSICOSOCIAL DE LOS ADOLESCENTES

El proceso de la adolescencia con todos sus cambios se analiza habitualmente diferenciando tres niveles interrelacionados:

- Biológico. La pubertad.
- Psicológico. Fases y tareas de la adolescencia.
- Social. Emancipación, valores sociales.

Los fenómenos biológicos más importantes que marcan el proceso adolescente son dos: el crecimiento y desarrollo corporal, y la aparición de los caracteres sexuales secundarios cuyas manifestaciones más importantes en varones y mujeres se recogen en el cuadro 1.

Si bien la pubertad comienza con cambios biológicos, es su significado psicológico y social el que determina la experiencia adolescente (Silber y otros, 1992). En este sentido, y siguiendo una visión evolutiva de la adolescencia, podemos dividirla en tres etapas (ver cuadro 2) que definen lo que podemos considerar el cambio normal en el desarrollo psicosocial de las y los adolescentes, y que tiene que ver con las "tareas" o "problemas" que

Cuadro 1
Cambios biológicos de la adolescencia

CAMBIOS EN LA PUBERTAD	MUJERES	VARONES
Estirón puberal (20-25% talla adulta)	+ (10-11 años)	++ (12-13 años)
Aumento de peso (50% peso absoluto)	+	++
Cambio en la composición corporal.	Aumento del tejido adiposo.	Aumento de la masa muscular
Aparición caracteres sexuales	Crecimiento de mamas.	Cambio de voz. Vello pubiano
	Vello pubiano. Crecimiento cintura pélvica.	Crecimiento testicular
	Desarrollo de genitales.	Menarquía

Fuente: Adaptado de Brañas(1997)

se deben resolver en el período que, de una manera amplia o aproximada, abarca la segunda década de la vida humana.

La adolescencia actual aparece como una categoría *estirada* cronológicamente hacia ambos extremos. Hacia la infancia porque, como consecuencia de las mejoras en el nivel de vida y de la alimentación, la maduración fisiológica hormonal tiende a adelantarse; y hacia la juventud como consecuencia del *estiramiento* del período de preparación y formación, y por las escasas oportunidades que encuentran los jóvenes para insertarse socialmente en el mundo adulto. Esta demora en el proceso de emancipación puede provocar, en algunos adolescentes, una prolongación de las crisis por las que atraviesan, sobre todo en el proceso de establecimiento de una identidad adulta (que requiere capacidad de autonomía y proyectos personales), y en sus relaciones con el mundo adulto, representado fundamentalmente por la familia y la escuela.

Otro hecho a tener en cuenta es que la adolescencia se produce en un contexto social determinado, que incluye algunas dimensiones configuradoras como pueden ser tanto los valores de competitividad y el consumo, como el vehículo de los medios de comunicación social. Los primeros producen un sujeto acrítico subordinado a la realidad construida y con grandes dificultades para rebelarse, dando lugar a un individualismo adaptativo gobernado por los principios de supervivencia y

competencia, y por la búsqueda de refuerzos a corto plazo a través de todo tipo de sucedáneos (objetos de consumo) para satisfacer deseos más “profundos”. Los segundos se encargan de fabricar una filosofía de lo que ha de ser la vida adolescente y joven (Contreras, 1997). En palabras de Fernando Conde (1999, p. 223) *“la ‘ado-juventud’, en lugar de caracterizarse como transición a la madurez se configuraría de forma creciente y, en especial en las clases medias y medias-bajas, como un estado, como una especie de condición estable en la que la identidad juvenil se juega básicamente en el ocio, en el consumo y en la moda en general”*.

NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD EN LA ADOLESCENCIA

En las últimas décadas, la morbilidad y mortalidad adolescente ha experimentado cambios sustanciales. Las enfermedades físicas no son ya su principal causa de mortalidad e incapacidad. Por el contrario, sus principales problemas de salud (los accidentes, el consumo de alcohol y drogas, los trastornos del comportamiento alimentario, o conductas sexuales que conducen a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH) son consecuencia de los comportamientos y estilos de vida que siguen. Por tanto podríamos concluir, y así lo hace la OMS (1999), que **la mayoría de los problemas de salud de nuestros adolescentes pueden ser evitables.**

Cuadro 2 Desarrollo psicosocial adolescente			
Área de desarrollo	Primera adolescencia (10-14 años)	Adolescencia media (15-17 años)	Adolescencia tardía (18-21 años)
Independencia	Menor interés en las actividades paternas Inicio de conflictos con los padres y las normas	Punto máximo de conflictos con los padres Cambio de relación padre-hijo por adulto-adulto	Reaceptación de los consejos y valores paternos.
Aspecto corporal	Preocupación por aspecto físico Sensibilización ante los defectos: Chicas: desean perder peso Chicos: ser altos y musculosos	Aceptación general del cuerpo Preocupación por hacer el cuerpo más atractivo	Aceptación e identificación con la nueva imagen corporal
Relación	Intensas relaciones con amigos del mismo sexo. Poderosa influencia de los amigos	Máxima integración con los amigos. Pandillas. Conformidad con los valores de los amigos	Grupo de amigos menos importante. Formación de parejas
Identidad	Desarrollo del pensamiento formal Objetivos vocacionales idealistas Necesidad de intimidad Escaso control de los impulsos. Labilidad y crisis de identidad.	Mayor ámbito de sentimientos. Consolidación de una identidad personal. Desarrollo de la conducta moral Sentimientos de omnipotencia Adquisición de una autoidentidad	Objetivos vocacionales más prácticos y realistas Delimitación de los valores morales, religiosos y sexuales Capacidad para comprometerse y establecer límites
Sexualidad	Autoexploración. Contacto limitado con el otro sexo	Actividad sexual con múltiples parejas. Prueban su feminidad o masculinidad Fantasías románticas Inicio de relaciones coitales	Se forman relaciones estables Capacidad de reciprocidad afectiva. Mayor actividad sexual
Fuente: Adaptado de Neistein (1991) y Brañas (1997)			



En un estudio realizado en los centros municipales de salud del Ayuntamiento de Madrid (Bruguera, Asolo, Yega y Espinoza, 2001) la percepción subjetiva de salud de los adolescentes, en una escala de 0 a 10, es de 7.09 en las chicas y de 7.53 en los chicos. La situación sanitaria de la población joven es, mayoritariamente, “de buena salud”, conclusión estrictamente cierta si, con una óptica *asistencialista*, medimos la salud a través de los indicadores clásicos de mortalidad y morbilidad, y por enfermedades bien establecidas. Pero las necesidades y problemas de salud de una población deben ser valorados no sólo en relación con las consecuencias inmediatas sobre la salud y la calidad de vida de los individuos, sino también teniendo en cuenta las repercusiones a largo plazo que la carencia de un **capital de salud** conlleva. A partir de esta premisa, el sistema de salud, se encuentra ante una compleja cuestión: ¿cómo enfrentarse con la tarea de proveer cuidados de salud adecuados para la población adolescente?. El análisis de distintos informes (OMS, 1999), permite concluir que la mayoría de los problemas de salud o de los comportamientos de riesgo que se producen en esta etapa son consecuencia de los procesos por los que está pasando el adolescente, y específicamente los cambios de imagen corporal, la capacidad de fecundación, el desarrollo de la identidad personal y sexual y los procesos de socialización.

Teniendo estas premisas en cuenta, vamos a revisar algunos indicadores válidos que nos informan sobre el nivel de salud de los adolescentes españoles:

A) Consumo de Drogas:

La evolución del consumo de drogas a lo largo de los últimos años se ha caracterizado por la **creciente penetración social del uso de las mismas** (Madrid y Antona, 2000). Este fenómeno se ha visto favorecido por la aparición de nuevas sustancias y por la incorporación de los adolescentes, los jóvenes y las mujeres a unas prácticas que, hasta hace pocos años, eran habituales tan sólo entre la población adulta masculina. El consumo juvenil de drogas presenta unas características propias que han generado lo que podríamos definir como una “cultura de consumo de drogas” que marca pautas de consumo diferentes a otras épocas, apareciendo nuevas sustancias como las drogas de diseño o patrones de consumo diferenciados. Esta cultura se caracterizaría por: el inicio cada vez más precoz, el policonsumo, la incorporación en *igualdad* de las mujeres, el consumo en el fin de semana, la asociación con el ocio nocturno, y la utilización de espacios públicos, principalmente la calle (Madrid, 2001).

Su uso se produce mayoritariamente en contextos de “normalidad social”. Los datos confirman que el uso de drogas no responde a conductas marginales, sino que se

registra mayoritariamente entre personas que mantienen aceptables niveles de integración social. La mayor presencia de las drogas y su utilización en contextos normalizados son fenómenos que se refuerzan mutuamente y que dan lugar a una reducción de la alarma social asociada al uso de las mismas.

Sin hacer referencia a todas las sustancias tóxicas, (legales o no legales), veamos algunas conclusiones del último estudio sobre el consumo de drogas en escolares del Plan Nacional de Drogas (PND, 2000)

- Se ha quebrado la expansión de los consumos de alcohol entre los escolares españoles, que venía produciéndose desde la década de los ochenta, como lo acredita el descenso en un 12% de los bebedores habituales y el incremento en un 10% de los escolares abstemios en el período 1998-2000.
- En el período 1998-2000 se han incrementado en un 9% los escolares que han consumido alguna vez cánnabis. Tras años de continuados descensos, en el 2000 se han estabilizado las edades de inicio al consumo de tabaco, alcohol y cánnabis, elevándose para el resto de sustancias
- Se constata una intensa asociación entre los consumos de alcohol, tabaco y cánnabis, de modo que el uso de cualquiera de estas sustancias implica una alta probabilidad de consumo de las restantes

B) Aspectos sexuales y de reproducción

Como hemos señalado, durante la adolescencia se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a la construcción de la identidad sexual y a la posibilidad de reproducirse.

A través del estudio de los datos obtenidos en los Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid (Antona, 2001), la edad de inicio de las prácticas sexuales coitales, en menores de 24 años, se sitúa en torno a los diecisiete años y medio, un año más en las mujeres. La tendencia es hacia una ligera disminución en la edad de inicio. Por otro lado, según el Informe de la Juventud del año 2000 (Martín y Velarde, 2001), entre los 15 y 29 años, el 48% no han tenido relaciones sexuales coitales. Este informe refleja también que el uso de métodos anticonceptivos en sus primeras relaciones con penetración está más extendido cuanto más jóvenes son las generaciones. También aporta datos como que en la última relación sexual con coito, el 83% ha usado un método anticonceptivo y que el método más usado es el preservativo masculino. El miedo a padecer una infección de transmisión sexual, sobre todo el SIDA y la hepatitis B, ha contribuido a que en la última década el preservativo haya desplazado a la “píldora” como método anticonceptivo más utilizado. Un dato de interés a

destacar por ser especialmente relevante en la adolescencia es que una de cada mil mujeres utilizó la “píldora del día siguiente” o tratamiento de emergencia. Se puede concluir, en una valoración global de los datos, que en los últimos años el uso del preservativo está aceptado discursivamente entre los jóvenes actuales, y que esta aceptación es mayor según aumenta la edad, siempre dentro del colectivo juvenil.

Es importante resaltar que la salud sexual de los y las adolescente no se circunscribe a la prevención de riesgos. Una intervención adecuada en salud sexual y reproductiva en la adolescencia pasa por fomentar y potenciar la educación sexual desde una perspectiva en la que se contemple la promoción del placer y las habilidades que permitan desarrollar una *sexualidad saludable*.

C) Embarazo adolescente

Según los datos del Movimiento Natural de la Población (INE, 1998), en dicho año se produjeron en España 11.264 nacimientos de madres menores de 20 años (10.804 en mujeres de 15-19 años y 460 en menores de 15 años). En el total de nacimientos ocurridos ese mismo año, en 14.311 casos (4%) al menos uno de los progenitores era menor de 20 años, y el 68% de estos menores eran solteros. La tasa de embarazos en la población adolescente (15-19 años), a nivel estatal, fue en 1998 del 13.37 por mil; en el municipio de Madrid, en ese mismo año, fue del 12.6 por mil (ver cuadro 3). Un factor que está modificando las tasas de embarazo, nacimiento y aborto es el incremento de la población inmigrante, a la que habrá que dotar (sobre todo a las segundas generaciones), de las estrategias de promo-

ción, prevención y asistencia pertinentes, no sólo en salud sexual y reproductiva sino en otras áreas de la salud

A la vista de estos datos, se hace necesario ofrecer respuestas desde los servicios de salud con programas de atención integral bien establecidos ya que, por ejemplo, sabemos que un embarazo no programado tiene consecuencias a largo plazo que condicionan el proyecto de vida de las y los adolescentes: abandono de estudios, temprana asunción de responsabilidades, privación de tiempo de ocio, conflictos familiares, difícil incorporación laboral, etc. Otras circunstancias añadidas como el consumo de alcohol, tabaco y drogas, la malnutrición, o el seguimiento médico inadecuado hacen que el embarazo no deseado en la adolescencia deba ser siempre considerado de alto riesgo tanto para la madre como para el feto.

Según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (2001), la tasa de IVE en mujeres entre 15 y 19 años ha pasado del 5.60 en 1998 al 7.49 por mil en el año 2000, lo que, a su vez, representa el resultado del 40-50% de todos los embarazos producidos en ese grupo de mujeres. En suma, vemos cómo los embarazos y, especialmente las interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) están experimentando una tendencia ascendente en los últimos años. Este hecho parece estar relacionado con el aumento de embarazos en las adolescentes inmigrantes.

D) Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

La incidencia de ITS en los adolescentes se debe a diferentes factores como pueden ser el inicio de relaciones sexuales sin protección eficaz, percepción de invulnerabilidad, uso de sustancias tóxicas, falta de una adecuada educación sexual, malas prescripciones médicas, etc.

Cuadro 3
Embarazos e interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) en mujeres de 15-19 años. Estatal y municipio de Madrid

TASAS DE IVE Y EMBARAZO. 15 A 19 AÑOS								
	Nacimiento	TASA Fertilidad	IVE	TASA IVE*	TOTAL Embarazo	TASA Embarazo	**PORCENTAJE DE IVEs EN 15-19 AÑOS	
							Total IVE	Total Embarazo
MADRID								
1998	489	6.08	531	6.6	1020	12.6	9.86	52
1999	588	7.5	579	7.46	1167	15	8.54	49.6
ESTATAL								
1991	17875	11.00	6329	3.89	24204	14.90	14.6	26.14
1995	11864	7.64	6844	4.51	18708	12.15	13.8	36.6
1998	10804	7.77	7657	5.60	18461	13.37	14.2	41.58

Fuente: Elaboración propia

*Las tasas de fertilidad, IVE y embarazo están calculadas por mil adolescentes de 15 a 19 años.

** El porcentaje de IVE se refiere al porcentaje de IVE, de adolescente de 15 a 19 años respecto al total de IVE, para todas las edades. La segunda columna se refiere al porcentaje que representan los IVE, respecto al total de embarazos



(Antona, 2001). **Es significativa la mala información que sobre ITS siguen teniendo los adolescentes**, desconociendo aspectos como las vías de transmisión, efectos, síntomas, etc. No existen datos fiables sobre prevalencia en los sistemas de registro sanitario. La ITS que se diagnostica con más frecuencia, entre el 23 y el 45%, es la uretritis no gonocócica que en el 27% de los casos puede atribuirse a infecciones por chlamydias, afectando entre un 5 y un 7% de los jóvenes europeos (Madrid, 2001). Datos semejantes aparecen en los adolescentes que son atendidos en los centros de salud del Ayuntamiento de Madrid.

E) SIDA

Hasta el 30 de Junio de 2000 el número de casos, en jóvenes de 15 a 19 años, en España era de 400 (ver cuadro 4).

Se carece aún de datos que permitan estimar la incidencia anual de nuevos seropositivos. En 1999 el porcentaje de casos diagnosticados en el grupo de edad de 15 a 24 años ha sido del 3,3%; de 25 a 29 años del 11.6% y mayores de 30 años del 85%.

Los casos diagnosticados de SIDA entre la juventud fueron en ascenso hasta 1994; a partir de esa fecha las estadísticas reflejan un descenso sin interrupción y los especialistas opinan que la disminución de enfermos de SIDA, sólo en parte, se debe a una reducción en el número de personas infectadas. El resto habría que atribuirlo a las nuevas terapias que se generalizaron a partir de 1996 (Martín y Velarde, 2001)

F) Accidentes

Los accidentes son una de las primeras causas de morbilidad y la primera de mortalidad entre la población joven. La necesidad de aceptación y de experimentación, la percepción de invulnerabilidad, la búsqueda de identidad, el inicio en el consumo de drogas y en la conducción de vehículos, la práctica de deportes de riesgo y la competición, son factores que favorecen la producción de lesiones. Existe una correlación entre la edad, el tipo y lugar del accidente, según el Sistema Comunitario de Información sobre Accidentes Domésticos en el Hogar y del Tiempo Libre de 2001 (Instituto Nacional de Consumo, 2002), y en el que no están incluidos los accidentes de tráfico, las autolesiones ni suicidios. Así, a los 4-5 años las lesiones más frecuentes se producen en el hogar, de 5 a 14 años en la escuela, y de 15 a 24 en los espacios deportivos y de ocio. El grupo de edad entre los 15 a 24 años presenta el mayor riesgo, sobre todo entre los varones.

El riesgo de accidentes de tráfico en los adolescentes viene condicionado por muy distintos factores entre los

que cabe destacar; la necesidad de autoafirmación, la sobrevaloración de la capacidad de conducción, conductas exhibicionistas en grupo, publicidad engañosa, actitudes positivas ante el riesgo, etc. Mientras en los conductores de más de 24 años, la incidencia de accidentes de tráfico se mantiene desde hace varios años (un 6 por mil en 1997 y en 2001), en los conductores entre 14 y 24 años se ha incrementado (del 12 por mil en 1997 al 15 por mil en 2001). El factor sexo es un elemento a tener en consideración dado que el 83 por ciento de los accidentados es varón.

El 44% de los fallecimientos entre 15 y 24 años se debe a accidentes de tráfico, frente al 10,1 debido a tumores, el 7,4 a suicidio, el 2,2 a ahogamiento, el 1,5 a enfermedades infecciosas, un 21,3 a enfermedades no infecciosas y un 12,4 por otras causas externas (Dirección General de Tráfico, 2002).

G) Alimentación

De los hábitos alimentarios de los jóvenes destacan una serie de factores que pueden convertirse en situaciones de riesgo para su salud en el futuro. El sistema de información y vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en jóvenes (SIVFRENT-J) viene observando una ingesta insuficiente de lácteos, sobre todo en chicas, y de verduras, cereales y legumbres. Por el contrario, hay un exceso de ingesta de carne, sobre todo en chicos, así como de grasas saturadas y bollería industrial (Comunidad Autónoma de Madrid, 2000). Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (1994) se observa la **tendencia al sobrepeso**, más marcada en los varones, **y niveles de colesterol total y fracciones LDL y HDL elevadas**. Ello indica la necesidad de intervenir en la adolescencia con el fin de prevenir algunas patologías propias de la edad adulta como son la osteoporosis, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

De otra parte, y durante los últimos años, los especialistas alertan sobre un incremento de los trastornos del comportamiento alimentario, como la anorexia y la buli-

Cuadro 4
Casos de SIDA por edad y sexo,
acumulados a 30 de junio de 2000

EDAD	Varones	Mujeres
15-19	301	99
20-24	3038	1204
25-29	11079	3373
15-29	14418	4676

Fuente: Informe Juventud en España, 2000

mia, en la población adolescente. Aunque es difícil demostrar epidemiológicamente la evolución en la prevalencia e incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), desde 1990 diversos estudios indican que permanecen estables los casos de anorexia, mientras que evolucionan al alza los casos atípicos (síndrome de anorexia transitorio). En la actualidad se consideran cifras internacionalmente aceptadas de prevalencia de cuadro completo de anorexia en chicas adolescentes y jóvenes adultas, entre 0.5 y 1%. Asimismo, se acepta que entre el 3-5% padecen un síndrome subclínico de TCA. (Gandarillas y Febrel, 2000).

Un dato significativo que aparece en el SIVFRENT-J (Comunidad de Madrid, 2002), es el alto número de jóvenes que realizan algún tipo de dieta de adelgazamiento sin tener sobrepeso (6.4% de chicos frente al 32.9% de chicas con edades entre 15 y 16 años). Los especialistas están de acuerdo en que los factores etiológicos de carácter psicosocial (cánones de belleza y culto al cuerpo) juegan un papel importante en este comportamiento (Toro y Vilardell, 1987; Calvo, 2002)

G) Salud Mental

Las investigaciones más recientes proponen una prevalencia para los trastornos psicopatológicos que oscilan entre un 14 y un 20% en niños mayores y adolescentes (Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabe, 1996; Schab-Stone y Briggs-Gowan, 1998; y Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000). Aunque los datos sobre trastornos emocionales y de conducta en la adolescencia hay que tomarlos con precaución, y son casi siempre referidos a "población clínica" que consulta en Salud Mental, cada vez más se reconoce que a partir de los 12-14 años se produce un aumento importante tanto de trastornos de conducta y del control de los impulsos como de reacciones depresivas y estados de ansiedad. Frecuentemente son diagnosticados como *Trastornos Adaptativos* por su relación directa con acontecimientos vitales (tanto externos como internos) que vive el adolescente. Son trastornos prevalentes en la adolescencia la conducta antisocial, cefaleas recurrentes y dolores inespecíficos, las fugas del hogar, los trastornos de la conducta alimentaria, y la ideación suicida y autodestructiva. El sui-

Cuadro 5
Áreas de intervención de un programa de salud para adolescentes

AREA DEL PROBLEMA	DESCRIPCIÓN	MANIFESTACIONES
HÁBITOS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio tabaco - alcohol - Duerme menos de 9 h. - Abandono del deporte o actividad física. - Alimentación inadecuada. - Exceso de horas de TV /Ordenador (ocio pasivo). - Conductas de riesgo (circulación.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes. - Alcohol - embriaguez. - Tabaquismo. - Uso de sustancias tóxicas. - Obesidad
AFFECTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad, decaimiento. - Sentimiento de no ser feliz. - Baja autoestima, descenso de intereses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión. - Suicidio. - Trastornos adaptativos (crisis vitales).
ANSIEDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades con el sueño. - Cefaleas recurrentes, fatiga, dolores inespecíficos. - Alteraciones de la imagen corporal. - Uso de psicofármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del sueño. - Trastornos de ansiedad - Síndrome premenstrual. - Anorexia, bulimia.
APRENDIZAJE Y ADAPTACIÓN ESCOLAR	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas escolares. - Trastornos del desarrollo y aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fobia escolar. - Fracaso escolar. - Trastornos profundos del desarrollo.
RELACIONES FAMILIARES E INTERPERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de conducta. - Dificultades de inserción grupal/pareja. - Procesos de individualización / separación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fuga del hogar. - Conducta antisocial. - Sufrimiento de malos tratos y abuso. - Déficit de habilidades sociales.
SEXUALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio precoz de relaciones coitales. - Falta de información/educación sexual. - No uso de medidas de protección ante embarazo e ITS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de la identidad sexual. - Embarazos, IVE, ITS. - Problemas en las relaciones de pareja. - Violaciones y abuso sexual.
CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO SALUD GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de la columna. - Patología puberal. - Infecciones: Acné, Hepatitis, SIDA. - Hipertensión arterial. - Problemas salud bucodental. - Carencia vacunaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas relacionales. - Absentismo escolar. - Enfermedades y deficiencias físicas.

cidio se ha convertido en la segunda causa de muerte en jóvenes a partir de los 14 años, duplicándose su número en las últimas décadas (Doménech, 1990). Dada la inespecificidad sintomática con la que con frecuencia se presentan los trastornos emocionales en la adolescencia, y la propia dificultad del adolescente para solicitar ayuda en los servicios especializados de salud mental, es importante que los profesionales de atención primaria, y en el contexto de la entrevista clínica, puedan evaluar correctamente estos aspectos y dar al adolescente la oportunidad para hablar acerca de los mismos.

H) Maltrato Infantil y violencia

La prevalencia real del maltrato infanto-juvenil es desconocida, ya que la mayoría de los casos no son detectados. Un análisis de los datos existentes permite a Díaz Huertas (2001) concluir que: a) aproximadamente un 20% de las chicas y un 10% de los chicos sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años; b) casi a la mitad de las personas que sufren abuso, les ocurre en más de una ocasión; c) un 19% de la población adulta presenta antecedentes de haber sufrido abuso sexual en la infancia (15% de varones y 22 % de mujeres), siendo las niñas de 11 y 12 años la población de mayor riesgo; y d) la población con retraso mental moderado es particularmente vulnerable al abuso sexual.

Estos datos permiten pensar que éste es un problema de salud relevante en la población adolescente, y que los sistemas de salud deben prestar una atención especial a su detección precoz. Algunos autores (López, 2000) recomiendan incluir la prevención de los abusos sexuales entre las actividades de educación sexual en la adolescencia.

Otra preocupación emergente es la violencia entre la población joven. La violencia en las aulas es una denuncia cada vez mayor en los centros educativos.

El informe de la Fiscalía de menores de Madrid correspondiente al año 1998 (Ministerio de Justicia, 1999), registra más de 600 casos de menores de 16 años detenidos. De ellos, más de la mitad lo fueron por robo o hurto. En el mismo informe aparecen 1.703 casos de denuncias sobre fugas y desapariciones, de las que 520 fueron del domicilio y 1.183 de centros de protección.

CRITERIOS DE INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD

En función de las características de la realidad adolescente que hemos resumido, y partiendo del criterio de interdisciplinariedad en la intervención, se presentan, en el cuadro 5 los que creemos deben ser considerados como contenidos básicos a desarrollar dentro de un programa de salud para adolescentes, tal como se realiza en el Programa de Salud del Adolescente del Ayuntamiento de Madrid (Madrid y Antona, 2000).

Para atender las necesidades de salud de los y las adolescentes es necesario ante todo:

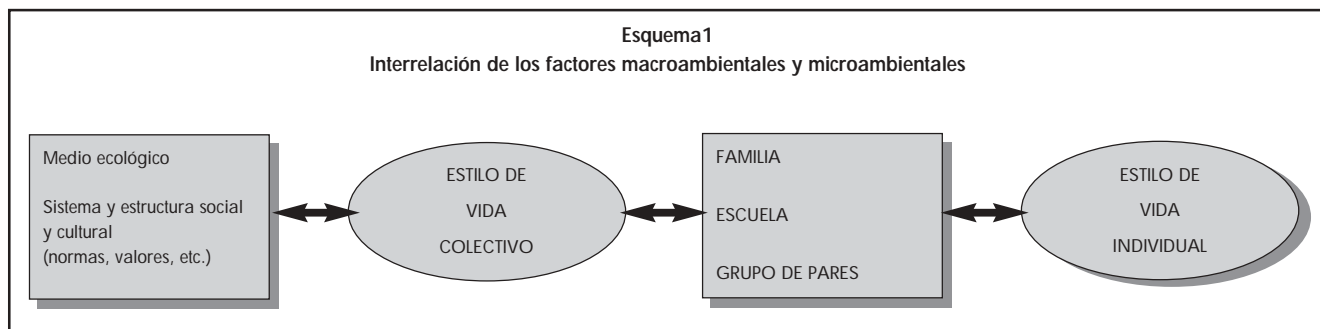
- a) Identificar y describir la magnitud de sus necesidades.
- b) Identificar, describir y evaluar los servicios disponibles y en qué medida atienden esas necesidades.
- c) Modificar e introducir servicios adecuados para atender las necesidades no cubiertas en la actualidad, evaluando su eficacia.

Desde el punto de vista de la promoción de la salud consideramos que durante la infancia y la adolescencia es esencial adquirir un *capital de salud*, en términos de información sobre temas claves y la adquisición de unas habilidades de vida y estilos de respuesta saludables.

El Programa de Salud Adolescente parte de la idea de que la salud es integral y, por tanto, debe ser abordada en forma integral e interdisciplinaria y en el contexto de las interrelaciones dinámicas entre los tres sistemas básicos (biológico, psicosocial y ambiental).

Los procesos de adaptación han de entenderse como resultado de la interacción entre los individuos y su contexto físico, histórico, social y cultural. El contexto ejerce su influencia tanto a partir del entorno macrosocial o ambiente sociocultural en el que se mueven las personas y del cual recibe las influencias como del entorno microsocial o ambiente más cercano, en el que las personas están vinculadas afectivamente, y que lo conforman los agentes básicos de socialización: familia, escuela y grupo de iguales, como se recoge en el esquema 1.

Siguiendo los criterios de Serrano (1992), proponemos la aplicación de tres enfoques integradores: El enfoque de protección/riesgo, el de la familia y el comunitario.





1. Enfoque de protección/riesgo: Se basa en las siguientes premisas: a) Las personas, familias y grupos tienen diferentes grados de probabilidad de presentar problemas de salud, por lo que la distribución de esfuerzos y recursos debe adecuarse a este hecho; b) Los factores que determinan la salud están interrelacionados. La promoción de los factores protectores y el control de los de riesgo requiere un enfoque intersectorial e interdisciplinar a lo largo de toda la vida de las personas; c) Los factores protectores pueden ser tanto ambientales (calidad de la vida familiar, acceso a recursos positivos, etc.) como personales (valoración de la salud, motivación de eficacia, etc.)

2. Enfoque familiar: La familia y, en especial, las madres y los padres, constituyen el principal sistema de apoyo para el adolescente. Así, las interrelaciones e interdependencias de los varios miembros de la familia, y el papel social que juega en la preservación y transmisión de valores e identidad cultural, son de gran valor para la salud y el desarrollo de niños y adolescentes.

Desde el punto de vista de la planificación de políticas para la adolescencia, las medidas orientadas a fortalecer la funcionalidad de las familias son de gran valor para la sociedad y para los grupos vulnerables en especial. El contexto familiar influye de manera notable en la salud. La familia se hace más resistente a las agresiones externas a sus miembros (*"resiliencia"*) y potencia los factores de protección, haciendo a los jóvenes menos vulnerables cuando éstos perciben en sus progenitores que:

- Les entienden realmente.
- Son fuente de consejo competente con relevancia en sus vidas.
- Se interesan por su vida escolar.
- Comparten aficiones.
- Les respetan como personas.
- La atmósfera familiar es cooperativa y armoniosa.

3. Enfoque comunitario: Se considera fundamental para la salud del adolescente porque en sus valores culturales, en sus estructuras institucionales o no gubernamentales y en su participación, proveerá los recursos para la promoción de la salud integral.

Estos tres enfoques deben ser incorporados en el desarrollo de estrategias intersectoriales y complementarias como: la investigación para identificar y satisfacer las necesidades, la formación de los profesionales y redes sociosanitarias que trabajan con adolescentes y, por último, la prestación de servicios de salud.

En este sentido hay que destacar que los recursos específicos para jóvenes son escasos, no sólo en España, sino también en países de nuestro entorno, de forma que se puede llegar a afirmar que en la actualidad ésta sigue siendo una población básicamente desatendida por los sistemas normalizados de prestación de cuidados de salud. Diferentes estudios indican que los servicios de salud no escuchan las necesidades de los jóvenes, no ofrecen el grado de confidencialidad necesaria o simplemente no abordan los problemas que son percibidos como relevantes por los adolescentes (Silber, 1992). Muchos adolescentes necesitados de cuidados especiales (contracepción, salud mental, etc.) no concurren a los servicios existentes por temor a la crítica adulta o a que se puedan enterar sus padres. La OMS (1999) ha alertado sobre la necesidad de que se pongan en marcha servicios de salud de calidad que respondan a las necesidades reales de los adolescentes.

Dichos servicios deben comenzar por revisar las barreras organizacionales que encuentran los adolescentes a la hora de acudir a los mismos (Duro y Molina, 1998), y que tiene que ver con la accesibilidad, el ambiente profesional, y la atención a las demandas urgentes (Aláez, Madrid, Mayor, Babín y Cebrián, 1996). La accesibilidad tiene que ver tanto con los tiempos de espera como con la cadena de pasos que el adolescente debe dar para ver satisfecha su demanda; cuanto mayor sea este recorrido, mayores probabilidades de que se "pierdan" los adolescentes con menor capacidad para ver demorada la satisfacción de sus necesidades. El ambiente profesional tiene que ver con la confidencialidad, el espacio propio adolescente y las habilidades de comunicación y escucha del profesional que le presta la atención. Finalmente, las demandas urgentes (percibidas como urgencia por los adolescentes) permiten captar un número significativo de adolescentes que no usan los servicios de salud en forma normalizada (Madrid y Antona, 2000).

Podríamos concluir que de igual manera que se desarrollan tecnologías y terapias médicas en respuesta a las nuevas amenazas biológicas, también se deben desarrollar estrategias de promoción de salud para responder a los desafíos que amenazan a la salud de los y las adolescentes. Mejorar su salud es un reto que va a requerir una amplia gama de estrategias que abarquen muchos aspectos de la vida de la comunidad y se ajusten a las necesidades de cada sujeto. Necesidades condicionadas por los estilos de vida en un contexto cultural específico y los procesos de desarrollo biológicos, psicológicos y sociales concurrentes en este período de la vida. Lo que implica que la provisión de atención a los adolescentes pasa por disciplinas tan diversas como la medicina, la psicología o la sociología, integrándose en una perspectiva integral e integradora de la salud.



BIBLIOGRAFÍA

- Aláez, M., Madrid, J., Mayor, M., Babín, F. y Cebrián, M. (1996). Evaluación de un programa de atención a adolescentes en materia de sexualidad y anticoncepción (Programa Joven de Hortaleza). *Clínica y Salud*, 7, 293-315.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Antona, A., (2001) Promoción de la Salud y prevención de Enfermedades Sexuales. *Revista de Estudios de Juventud*, 55, 31-38.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. y Bersabe, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Brañas, P. (1997). Atención del pediatra al adolescente. *Pediatría Integral*, 2 207-216.
- Bruguera, M., Asolo, I., Yega, M. y Espinoza, E. (2001). *Intereses y necesidades de salud en un grupo de adolescentes según sexo y edad*. XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Libro de ponencias. Pamplona. SEMA.
- Calvo Sasgardoy, R. (2002). *Anorexia y Bulimia*. Barcelona. Planeta Prácticas.
- Comunidad de Madrid. (2002). Sistema de vigilancia de factores de riesgo en enfermedades no transmisibles en población juvenil. *Boletín epidemiológico*, 12, 3-32. Dirección General de Salud Pública.
- Conde, F. (1999). *Los hijos de la desregularización. Jóvenes, usos y abusos en el consumo de drogas*. Monografías (6) Madrid: Fundación CREFAT.
- Contreras, R.T. (1997). *Adolescentes y salud. El papel de las relaciones interpersonales*. Tesina de Master. Centro Universitario de Salud Pública. No publicado.
- Díaz Huertas, J.A., (2001) *Atención al maltrato infantil desde Salud Mental*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Comunidad de Madrid.
- Dirección General de Tráfico. (2002). *Revista Tráfico. Año XVIII*. (157). Dossier Jóvenes II-VIII.
- Doménech, E. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Expas.
- Duro, J. C. y Molina, M. M. (1998). La Consulta Joven en los Centros de Salud de Fuenlabrada (Madrid): una evaluación cualitativa. *Medifam*, 8 (4), 37-49.
- Funes, J. (1990). *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Garandillas, A. y Febrel, C. (2000) *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Documentos Públicos de Salud Pública, 67, 7-15.
- Instituto Nacional de Consumo (2002). *Informe D.A.D.O.* Documento consultado en Internet. <http://www.msc.es>.
- Instituto Nacional de Estadística (1998). *Encuesta de Fecundidad*. Documento consultado en Internet. <http://www.ine.es>.
- López, F. (1995) *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú.
- Madrid, J. y Antona, A.. (2000). *Programa del Adolescente*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Salud y Consumo.
- Madrid, J. (2001) Juventud y Drogadicción (prevención del alcoholismo). *Revista de Estudios de Juventud*. (55) 79-81.
- Martín, M. y Velarde, O. (2001). *Informe Juventud en España 2000*. Madrid: INJUVE. Ministerio de Educación y Cultura.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1994). *Consumo de alimentos y estado nutricional de la población escolar de la Comunidad Autónoma de Madrid. Estudio C.A.E.M.P.E*. Madrid: Dirección General de Salud Pública.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2001). *Interrupción Voluntaria del Embarazo*. 21. Madrid: Dirección General de Salud Pública.
- Neinstein, L. S. (1991) *Salud del Adolescente*. Barcelona. JR Prous Editores.
- OMS. (1999). Programación para la salud y desarrollo de los adolescentes. Serie de informes técnicos, número 886, Ginebra.
- Plan Nacional de Drogas. (2000) Conclusiones de la encuesta escolar sobre drogas del año 2000. Documento consultado en Internet. <http://www.mir.es/pnd>.
- Schwab-Stone, M. E. y Briggs-Gowan, M. J. (1998). The scope and prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. En P. Ferrari (Ed.), *Designing mental health services and systems for children and adolescents: A shrewd investment* (pp. 2-25). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Serrano, C. V. (1992). La salud integral del adolescente. En *Manual de Medicina de la adolescencia*. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex para ejecutores de Salud nº 20. (pp. 587-600). Washington, D.C. Organización Mundial de la Salud.
- Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M. y Suárez, E. (1992). *Manual de Medicina de la adolescencia*. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex para ejecutores de Salud nº 20. 587-600. Washington, D.C. Organización Mundial de la Salud.
- Toro, J. y Vilardell, J. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona. Martínez Roca.