

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

LA SALUD DEL ADOLESCENTE Y DEL JOVEN

Dra. MARIA INES ROMERO SEPULVEDA*

En 1990, los adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) constituían el 31% de la población de América Latina y el Caribe, con 137 millones, cifra que se proyecta a 172 millones al cambiar el siglo. En Chile, el grupo de 15 a 24 años alcanza al 19,1% del total de la población, con casi 2,5 millones. La población de 10 a 24 años, aunque de características muy variables, comparte estar sometida a influencias y riesgos derivados del proceso de crecimiento y desarrollo, período de transición y cambios de esta etapa del ciclo vital.

SALUD Y MORBIMORTALIDAD

Mortalidad. Los datos de mortalidad tienen la limitación de corresponder al registro de un evento terminal que no revela la prevalencia de condiciones, comportamientos o enfermedades que no constituyen causa directa de muerte. El riesgo de muerte en el grupo de 15 a 24 años alcanzó a 0,88 por 1.000 en 1990, cifra inferior a la mortalidad general que alcanzaba a 6,0 por 1.000, y muy inferior a la mortalidad infantil, de 16,0 por 1.000. Entre las características más destacables de la mortalidad de este grupo se encuentra la diferencia según sexos: 0,43 por 1.000 las mujeres comparada con 1,31 por 1.000 para los varones.

El 65% de la mortalidad está dado por el grupo de traumatismos y envenenamientos, incluidos en la categoría de causas externas, con tasas de 55,3 por 100.000 para ambos sexos, siendo 14,7 para las mujeres y 95,0 por 100.000 para los varones. La segunda causa de muerte corresponde a tumores malignos, mayoritariamente leucemias y linfomas.

Los traumatismos y envenenamientos son la más importante causa de años de vida potencial perdidos en adolescentes, con el 56% de éstos en Chile. Las causas externas representan, además, una de las más importantes causas de discapacidad. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que por cada adolescente que muere en un accidente de tráfico, 10 a 15 quedan con secuelas graves y de 30 a 40 presentan daños menos graves, pero que requieren de cuidados médicos, psicológicos o de rehabilitación.

Morbilidad. La morbilidad expresada por las consultas tiene escasa utilidad, ya que la respuesta de los servicios a las demandas de este grupo es insuficiente. Encuestas de morbilidad muestran que los adolescentes perciben 0,96 episodios de enfermedad aguda/persona/año, de los cuales sólo 0,26 llega a constituir demanda satisfecha, frente a un promedio de 5 episodios persona/año en población total, de los cuales la mitad constituye demanda satisfecha.

Contribuye al desconocimiento de este aspecto la falta de preparación específica de los profesionales para pesquisar los problemas de salud de adolescentes y jóvenes. Esto se demuestra en el hecho de que las causas de consulta no difieren de lo que se registra para el niño cuando la atención la realiza un pediatra, o de la del adulto si la realiza un médico general. En cambio, cuando la atención es realizada por personal especialmente entrenado, aparece la especificidad etaria de los problemas biológicos y los de la esfera psicosocial: variaciones normales del proceso de crecimiento y desarrollo, acné, trastornos ortopédicos de extremidades y columna, de órganos de los sentidos, trastornos menstruales y relacionados con la salud reproductiva, angustia, consumo de sustancias, etcétera.

La información de morbimortalidad en edades más avanzadas demuestra que las conductas y los estilos de vida que se adoptan en la infancia y adolescencia tienen su expresión en etapas posteriores, de modo que la forma más apropiada de disminuir los riesgos de las enfermedades crónicas del adulto y anciano es la intervención en este período.

Conducta reproductiva

La tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años en el país es de 64 por 1.000, lo que cuantitativamente no representa un problema de magnitud. Sin embargo, existen numerosas publicaciones que documentan el impacto del embarazo precoz, especialmente con edad ginecológica (años después de la menarquía) inferior a 2 años. Este se expresa en aspectos biológicos y psicosociales de la madre y del hijo. El hijo de

* Profesor Adjunto, Departamento de Salud Pública.

madre adolescente tiene mayores riesgos, que se traducen en mayor frecuencia de bajo peso de nacimiento y de morbilidad en el período perinatal e infantil, incluyendo riesgos de negligencia y maltrato que ameritan medidas de apoyo de la red social y familiar. Esto se relaciona con la alta tasa de ilegitimidad del hijo de madre adolescente, que alcanza a 83% en madres menores de 15 años y a 70% en madres de 15 a 19, siendo la proporción para toda edad materna de 33%.

Programas de atención a embarazadas adolescentes han demostrado que los riesgos biológicos son susceptibles de disminuir. La prevención primaria del embarazo no deseado en adolescentes se basa en acciones educativas en grupos y con las familias. En los aspectos psicosociales, el embarazo de la adolescente afecta su proyecto de vida, con interrupciones o término de su escolaridad, bajas expectativas laborales y un futuro incierto.

En relación a la actividad sexual precoz, existe el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, cuya incidencia se conoce muy poco en este grupo. Un estudio realizado en Chile en 100 adolescentes embarazadas encontró 96,2% de seropositividad para citomegalovirus, 81% de mycoplasmas, 6% clamidias y 1 cultivo positivo de gonococo, concluyendo que la frecuencia de ETS en estas adolescentes es alta, especialmente por gérmenes no tradicionales. Los anticuerpos VIH y sífilis resultaron negativos.

Violencias y traumatismos: Accidentes y causas externas

Existe un incremento de la violencia en sus diversas manifestaciones, que produce impacto negativo en la calidad de vida, pérdidas de vidas de población joven y adulta joven, y un alto costo económico-social, constituyendo la principal causa de utilización de servicios asistenciales en estas edades. Se sabe que los factores ambientales ejercen gran influencia en la expresión de la violencia, lo que se observa en manifestaciones masivas (deportivas, musicales, políticas), lo que presenta grandes desafíos a la sociedad en cuanto al diseño de estrategias de intervención.

Los accidentes por vehículos a motor dan cuenta de algo más del 20% de las muertes por causas externas. Los homicidios, expresión muy explícita de violencia, son la segunda causa de muerte en adolescentes y jóvenes en la mitad de los países de América y se concentran en la población masculina de 15 a 24 años.

El suicidio tiene también su mayor frecuencia en este grupo de 15 a 24 años; es responsable del 5% de todas las muertes de adolescentes en Chile, Uruguay, Costa Rica y Ecuador y de casi el 10% en Estados Unidos, donde tiende a presentarse a edades más bajas: está entre las 5 primeras causas de muerte en el grupo de 5 a 14 años en Canadá, Estados Unidos, Puerto Rico, Surinam y Paraguay. En Chile, las muertes por homicidio y suicidio suman más que las de accidentes de tráfico en población de 15 a 24 años, con asociación al consumo de alcohol. Los datos sobre suicidio son

incompletos, tanto por los métodos para certificar la causa de muerte, como por las implicaciones culturales y religiosas que esta causa tiene.

La importancia de las muertes por armas de fuego en América Latina no se conoce con exactitud, pero se ha demostrado que la accesibilidad a las armas de fuego es un factor central en la frecuencia de suicidios y homicidios, en países como Estados Unidos y Canadá.

Las muertes por inmersión y sumersión persisten como problema en Chile, lo que debería estimular programas deportivos y recreativos que contemplen la natación.

Consumo de sustancias

Se estima que 10 a 30% de los adolescentes ha tenido experiencias de consumo, la mayoría en forma pasajera, lo que depende del tipo de droga utilizada, de la oferta de ésta y de la capacidad económica para adquirirla. La marihuana es la droga más extensamente consumida por los jóvenes, muchas veces asociada a tabaco y alcohol. Los inhalables, en general, son consumidos por los preadolescentes y adolescentes menores, en especial los procedentes de sectores de pobreza y marginalidad.

El consumo de bebidas alcohólicas aumenta en el mundo, especialmente entre jóvenes de países que tienen tradición de consumo alto en adultos. En Chile, se produjo un incremento de 400% entre 1958 y 1987, año en que consume en forma excesiva alrededor del 12% de los estudiantes de la ciudad de Santiago. La familia y los amigos tienen una influencia muy importante en el inicio y en la mantención del consumo excesivo, hecho a considerar en las acciones de intervención: se comienza a beber por identificación con los padres que beben y se sigue bebiendo imitando a los pares.

Estudios latinoamericanos de prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y del hábito de fumar en adolescentes muestran la cifra más alta de "bebedores en el último mes" en los varones chilenos, con 80% y la más alta de fumadores en varones de Perú, con 55%.

El consumo de tabaco está aumentando, especialmente entre las mujeres jóvenes, en Latinoamérica y el mundo en desarrollo, en contraste con su sostenida disminución en la mayoría de los países desarrollados.

Los patrones de consumo en cuatro ciudades chilenas señalan que la primera experiencia con cualquier droga se ha tenido entre los 10 y 14 años en el 26,1% y entre los 15 y 19 años en el 52,2%. Neoprén y marihuana se han experimentado antes de los 14 años en cerca del 40% de este grupo.

Las conductas de riesgo tienden a agruparse en las mismas personas, como ocurre con la asociación entre violencia y alcohol. En Chile, el 65% de los suicidios y el 71% de las muertes por accidentes de tráfico en población de 15 a 24 años, se produjo con alcoholemias significativas. Se ha encontrado que el consumo de tabaco, así como el de alcohol en jóvenes, se encuentran ligados al consumo de sustancias químicas en general entre sus padres. Estos grupos entran en

un círculo vicioso en el cual la dependencia química y la pobreza llevan a la delincuencia, la prostitución y otras conductas antisociales.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Aplicación de los conceptos de crecimiento y desarrollo. El proceso de crecimiento y desarrollo, biológico y psicosocial debe tenerse presente al organizar programas de atención para el adolescente y joven:

Desde el punto de vista del desarrollo cognitivo, entre los 10 y los 18 años se transita desde el pensamiento concreto hacia el abstracto (en el más pequeño hay interpretación literal, en tanto los mayores usan su capacidad de abstracción), lo que debe considerarse en las acciones.

En cuanto a la familia, se produce un distanciamiento progresivo de los padres y una integración mayor al grupo de pares. Este hecho debe tenerse presente cuando se planean actividades, las que en ciertos períodos involucrarán preferentemente a la familia (la "preadolescencia") y en otros, a los pares (la adolescencia y la juventud).

La maduración biológica precede a la emocional y social, lo que hace que las preocupaciones se centren inicialmente en su cuerpo y los cambios que éste experimenta; posteriormente lo harán en sus relaciones interpersonales y luego con el otro sexo. Esto hace aconsejable que los programas educativos deban diferenciarse por subgrupos etarios y en ocasiones por sexo.

La inserción en el mundo adulto se torna progresivamente más central en tanto se transita de la adolescencia a la juventud: esta se manifiesta en la esfera vocacional/laboral y en la de pareja/familia. La planificación del futuro propio y la toma de decisiones con respecto a estilos de vida es un tema central de enorme trascendencia social y económica, en un mundo que depende de una fuerza de trabajo técnicamente más sofisticado.

Aplicación de los conceptos de Salud Integral y de enfoques integradores. Al organizar programas de atención del adolescente se debe considerar su triple dimensión bio-psico-social. Para llevar el concepto al plano operacional, es indispensable el trabajo multidisciplinario, transdisciplinario e intersectorial.

Los problemas de salud del adolescente y del joven se interrelacionan: las conductas de riesgo se concentran en subgrupos más vulnerables. Como consecuencia, los sistemas de atención de adolescentes y jóvenes deben ofrecer atención integral y no segmentada en forma subespecializada; ello ofrece grandes ventajas en cuanto al rendimiento de las acciones, pues una intervención puede tener efectos en más

de un problema (efecto "abanico"). Es necesaria la estructuración de una red de servicios que facilite la entrada al primer nivel (consultorios) y la referencia expedita a los niveles más complejos (centros ambulatorios de especialidades, hospitales) cuando proceda, así como la coordinación del equipo de salud con las instancias y mecanismos para llegar a la comunidad en que los adolescentes se encuentran.

Finalmente, dado que se están desarrollando programas e iniciativas en salud integral del adolescente y joven, se presentan las características deseables en las cuales hay consenso entre los expertos:

- Acceso universal con cobertura efectiva y continuidad.
- Calidad técnica respaldada por normas validadas y facilitada por normas administrativas adecuadas.
- Organización funcional: disminución de barreras, horarios.
- Equipo multidisciplinario, entrenado, comprensivo y comprometido, que destaque un profesional responsable en forma individual.
- Nivel primario integrado a los niveles de referencia.
- Participación de los adolescentes y jóvenes.
- Énfasis en promoción y prevención.
- Credibilidad.
- Privacidad y confidencialidad.
- Identidad.
- Penetración en la comunidad.
- Coordinación intersectorial, especialmente con educación.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Las condiciones de Salud de las Américas. Publicación Científica #524. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 1990.
2. Childhood Injuries in the United States. Division of Injury Control, Center for Environmental Health and Injury Control, Centers for Disease Control. Am J Dis. Children, Vol 144: 627-646 June 1990.
3. The Health of Youth: Facts on alcohol. World Health Organization, 1990.
4. Jessor R. The Health of Youth: A behavioral Science Perspective. Plenary Address Who Technical Discussions. WHA, 1989.
5. Serrano CV. Un marco de Trabajo Conceptual para comprender los problemas de Adolescentes y Jóvenes. Documento #6. Conferencia sobre Salud y Desarrollo del Adolescente. Un foco en las Américas. OPS/OMS. The Society for Adolescent Medicine and The Society for Research on Adolescence. The Adolescent Health Program, University of Minnesota. Washington, DC., 15-18 de marzo, 1992.
6. Maddaleno M. Organización de Servicios de Atención de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica. Seminario Fundación Kellogg/Universidad de Chile sobre Desarrollo de Alternativas para la Atención Integral de Salud del Adolescente. Documento de Trabajo #58/91: 31-48. Corporación Promoción Universitaria, Santiago, Chile, 1991.