

---

## **La salud en la adolescencia y las tareas de los servicios de salud** *Adolescence health and the tasks of the health services*

---

J.R. Loayssa<sup>1</sup>, I. Echagüe<sup>2</sup>

---

### **RESUMEN**

La adolescencia comienza con los cambios físicos de la pubertad y finaliza cuando el individuo es un adulto. Es un periodo de cambios en los que la persona pasa de la dependencia a la independencia y atraviesa una crisis de identidad que se expresa en vivencias no siempre agradables y en comportamientos conflictivos. El desarrollo de la identidad comprende la maduración sexual que incide en la necesidad de separación de los padres, una separación que va en paralelo al reforzamiento de su relación con iguales. La familia debe reajustar su dinámica y funcionamiento y se debe producir una mayor autonomía de padres e hijos.

En la adolescencia aparecen una serie de problemas de salud entre los que destacan los comportamientos de riesgo y otros trastornos como los relacionados con la sexualidad (embarazo, enfermedades de transmisión sexual), abuso de sustancias y los problemas emocionales que a veces se manifiestan como depresión y otras como trastornos alimentarios.

Los adolescentes tienen necesidades de salud importantes y a la vez experimentan dificultades para conseguir ayuda apropiada. Los profesionales de salud deben establecer relaciones de confianza con adolescentes (que necesitan confidencialidad) y adoptar estrategias para sortear las dificultades de la entrevista sobre todo con el adolescente poco comunicativo. Pero también se necesita un trabajo con los padres dirigido a que mantengan su rol pero adaptado a las nuevas circunstancias y a que afronten sus retos personales y entrevistas conjuntas para entender e incidir en la dinámica familiar. Todo ello requiere preparar a los profesionales y organizar los dispositivos asistenciales.

**Palabras clave:** Servicios de salud. Adolescente. Relación médico-paciente.

### **ABSTRACT**

Adolescence begins with the physical changes of puberty and ends when the individual becomes an adult. It is a period of changes in the course of which the person passes from dependence to independence and undergoes an identity crisis that finds expression in experiences that are not always pleasant and in conflictive behaviour. The development of identity includes sexual maturation which influences the need for separation from the parents, a separation that runs parallel to the strengthening of peer relationships. The family must readjust its dynamic and its workings and a greater autonomy between parents and children must come about.

Adolescence brings the appearance of a series of health problems, outstanding of which are behaviour patterns involving risk and other upheavals such as those relating to sexuality (pregnancy, sexually transmitted diseases), substance abuse and emotional problems that at times find expression as depression and at others as eating disorders.

Adolescents have important health needs and at the same time experience difficulties in obtaining the appropriate help. Health professionals must establish relationships of trust with adolescents (who require confidentiality) and adopt strategies for getting around the difficulties in interviews, especially with adolescents who are not very communicative. But there is also need for work with the parents, directed at their maintaining their role, but adapted to the new circumstances, and at their facing up to the personal challenges, and for joint interviews for understanding and influencing the family dynamic. All of this requires preparation of the professionals and the organisation of care resources.

**Key words:** Health services. Adolescent. Doctor-patient relationship.

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2): 93-105.

1. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
2. Psicólogo clínico.

### **Correspondencia:**

José Ramón Loayssa Lara  
Centro de Salud de Noáin  
Carretera Vieja del Aeropuerto  
3110 Noáin (Navarra)  
Tfno. 948 368156  
Fax 948 368033  
E-mail: jloayssal@papps.org

## ADOLESCENCIA Y PUBERTAD

La adolescencia es la etapa de la vida que constituye el periodo de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. La duración de este periodo varía en función de cómo se hace el reconocimiento de la condición adulta en cada sociedad. Cuando se habla de límites de edad lo más aceptado es considerar que su comienzo es hacia los 12-13 años coincidiendo con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y que su final se sitúa alrededor de los 20 cuando termina el crecimiento somático y, en teoría, se alcanza la maduración psicosocial.

La adolescencia está caracterizada por cambios físicos, biológicos y sociales; cambios que culminan cuando el niño se convierte en un adulto con la madurez personal y social que es esperable en estos y con la necesaria preparación para ejercer los derechos que se le conceden y para comprometerse con las obligaciones que supone abandonar la niñez. El proceso de la adolescencia debe llevar a la persona a alcanzar la mayor autonomía de los padres, una autodefinición como persona y capacitarle para establecer un relaciones apropiadas y tomar decisiones sobre su futuro.

No se debe confundir la adolescencia y la pubertad, aunque se encuentren relacionadas y no puedan entenderse la una sin la otra. La pubertad hace referencia a los cambios biológicos que conducen a la capacidad reproductora de los individuos, unos cambios que actúan como desencadenante de la adolescencia. Los cambios psicosociales de la adolescencia están estrechamente relacionados con el conjunto de transformaciones que caracterizan a la pubertad. Pero aunque estrechamente relacionados, entre los cambios físicos y los psicosociales se producen divergencias de ritmo que hacen aún más difícil la adaptación del adolescente a ellos.

## CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA ADOLESCENCIA

Para entender las vivencias que caracterizan a la adolescencia debemos partir de cuáles son las tareas esenciales de desarrollo que deben completar:

1. Pasar de la dependencia a la independencia en la relación con sus padres.

2. Establecer una identidad personal positiva y congruente (aunque no acrítica) con las normas sociales.

3. Aprender a relacionarse de adulto a adulto en relaciones caracterizadas por la intimidad.

Si nos adentramos en las vivencias adolescentes, nos encontramos con lo que algunos autores han denominado "el síndrome normal de la adolescencia"<sup>1</sup>. Este síndrome está caracterizado por tres rasgos esenciales: una crisis global de identidad, un proceso de separación de los padres con un reforzamiento de la tendencia grupal y el desarrollo cognitivo, afectivo y sexual.

## LA BÚSQUEDA DE SÍ MISMO Y DE LA CONSTITUCIÓN DE LA PROPIA IDENTIDAD

El niño entra en la adolescencia con dificultades, conflictos e incertidumbres que se magnifican en este momento vital, y debe salir de este periodo a la madurez con una personalidad estructurada e integrada<sup>2</sup>. A través de la adolescencia el individuo logra alcanzar una entidad personal (yoica)<sup>3</sup> y una adecuada autocognición<sup>4</sup>. La consecuencia final de la adolescencia sería un conocimiento del sí mismo como entidad biopsicosocial en el mundo, en ese momento de la vida.

El adolescente atraviesa una crisis de identidad corporal (lo que algunos autores han denominado "disarmonía evolutiva"). No vamos a detallar los cambios físicos que supone la pubertad pero sí señalar que éstos cuestionan la imagen que el adolescente tenía de su cuerpo y le obligan a realizar una reconciliación con él. Durante este periodo el crecimiento físico se acelera realizándose casi a saltos que desconciertan al adolescente y le generan inseguridad. El hecho de que su cuerpo se convierta en un extraño está directamente relacionado con la crisis de identidad que el adolescente atraviesa. Éste puede vivir los cambios corporales como una amenaza a su atractivo y éstos pueden deteriorar la confianza en sí mismo.

Pero la crisis de identidad del adolescente no sólo se relaciona con la "Disarmonía Evolutiva" sino que la adolescencia constituye una crisis de identidad global. Una crisis que le permite llegar, a través de sus tomas de decisión y de sus identificaciones pasadas y presentes, con sus "modelos" y con su imagen del "yo ideal", a significarse como un ser individual (único y reconocible), socialmente aceptado y sexuado<sup>5</sup>. Esta crisis implica atravesar y elaborar una serie de importantes duelos que suponen la pérdida del cuerpo, del rol y la identidad infantiles y de los padres que le protegían en la infancia. Así, debe hacer duelo:

- En la pubertad, por el cuerpo infantil perdido.

- En la mediana adolescencia, por la identidad sexual.

- En la última etapa en los roles sociales (la omnipotencia adolescente –instrumental, intelectual, emocional, social– está condenada a ceder y se será lo que uno logre llegar a ser).

### **MECANISMOS DE AJUSTE Y DEFENSA DEL ADOLESCENTE**

Como mecanismos de defensa y de ajuste ante las pérdidas que están ocurriendo dentro de sí mismo el adolescente experimenta la necesidad de intelectualizar y de fantasear. El adolescente está perdiendo el estatus infantil y comienza a preocuparse por cosas que antes no lo hacía, y esto lleva consigo la pérdida de la despreocupación y el encuentro con las cavilaciones. El adolescente es feliz cuando sueña, construyendo mundos fantásticos y dejándose arrebatado por el vértigo de éstos.

Cuando entra en esta edad difícil se pregunta quién es, qué es, para luego intentar una respuesta más o menos adecuada a esta pregunta e interrogarse acerca de qué hacer con él, con lo que él supone que es<sup>6</sup>. El adolescente descubre las posibilidades de pensar de forma abstracta y lógica y se dedica a "jugar a pensar". Se intensifica el trabajo de introspección ("yo introspectivo"). En este camino se plantea los grandes temas de la existencia

humana y en este proceso pueden atravesar crisis religiosas (ateísmo, misticismo...), cuya finalidad es siempre la misma: adoptar una postura personal respecto al mundo que le rodea<sup>7</sup>.

La búsqueda de la propia identidad a menudo se expresa como una rebeldía y una actitud social reivindicativa. La pérdida de la omnipotencia –inconsciente– infantil, y el de tomar conciencia de las limitaciones, genera decepción e impotencia, ante lo que el adolescente manifiesta rebeldía. El adolescente adopta un comportamiento que a veces se denomina "La segunda edad del No" (en clara referencia a la "etapa del No" que atravesó en torno al segundo año de vida). Podemos decir que niega lo negativo pero no afirma lo positivo. El peligro es que de este modo se afiancen tendencias antisociales de diversa intensidad, que en el fondo son la respuesta a sus vivencias de peligro al entrar en el mundo de los adultos y salir del estatus infantil.

Toda la serie de cambios que experimenta lleva al adolescente a una cierta desubicación temporal. El adolescente convierte el tiempo en presente y activo como en un intento de manejarlo a su antojo; las urgencias son enormes y, a veces, las postergaciones aparentemente irracionales. Los ejemplos son muchos: el adolescente que ante un examen inmediato dice tener mucho tiempo para estudiar, con el consiguiente desconcierto de los padres; al mismo tiempo muestra urgencia en la posesión de algún objeto, como si lo necesitara ya, y se trata de algo preciso para dentro de varios meses. Muchos de los acontecimientos que el adulto puede separar, discriminar, diferenciar, etc., son para él acontecimientos equiparables, de igual significación y coexistentes. También aparecen contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta. La vida aparece dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo. Hasta el pensamiento necesita hacerse acción para poder ser controlado. En el adolescente lo normal es la inestabilidad permanente; se habla de una "normal anormalidad"<sup>6</sup>.

Finalmente, el adolescente expresa su crisis como constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. Existe una búsqueda de situaciones placenteras, que no siempre se logran, lo que determina el refugio en el interior de sí mismo. Se produce una constante evaluación y reconsideración de vivencias y fracasos; con desmedidos excesos cuando se siente que se ha superado algún fracaso.

### **EL DESARROLLO Y MADURACIÓN SEXUAL**

Una de las diferencias más notables entre el niño y el adolescente es el desarrollo de la sexualidad en este último. La adolescencia convierte la sexualidad en una cuestión central y se comienzan con experiencias sexuales que traen consigo riesgos específicos y la posibilidad del sufrimiento que acompaña a menudo a estas relaciones cuando no se dan en un contexto de sentimientos recíprocos. No hay que olvidar que la sexualidad abarca aspectos tan amplios como las relaciones interpersonales, la afectividad, los sentimientos y las sensaciones compartidas entre dos personas.

El desarrollo de la maduración sexual del adolescente pasa por fases de autoerotismo, sexualidad más o menos manifiesta con los iguales, hasta la llegada a la identidad genital adulta. En la adolescencia la masturbación es frecuente y se puede acompañar de sentimientos de culpa. También es importante tener en cuenta que en las fases tempranas de la adolescencia se puede dar un periodo de relaciones muy estrechas con amigos del mismo sexo que incluye un alto grado de intimidad física, sin que esto implique una orientación sexual determinada cuando se llegue a adulto. Generalmente es en las fases intermedias y avanzadas de la adolescencia en las que se comienzan propiamente las relaciones heterosexuales.

Como se plantea desde orientaciones psicoanalíticas, en la adolescencia se da una reactivación del "Complejo de Edipo", con inestabilidad en cuanto a la sexualidad: No puede volver a la infancia; ésta ya quedó atrás, pero por otro lado no se es adulto todavía. El incesto es potencialmen-

te real por la capacidad fisiológica que ya se tiene, y al incesto se le teme. Ante semejante encrucijada, enamorarse (de alguna manera aliarse emocionalmente con otra persona) puede ser la salida para ese temor.

### **LA AUTONOMÍA DE LOS PADRES**

El adolescente se encuentra en un conflicto permanente entre su deseo de un mayor espacio personal y unas necesidades que le hacen dependiente de su familia. Si se queda, se engolfa (se mezcla, no es, no apuntala su identidad diferenciada); si se va, se queda "colgado", indefenso... (todavía no es autónomo tanto en lo emocional como en lo material). Este conflicto independencia-dependencia preside toda la adolescencia. El desarrollo de la propia identidad empuja al adolescente a confrontarse con los padres y de paso con toda autoridad. La necesidad de independencia se expresa a dos niveles: como necesidad de intimidad y espacio propio y como capacidad de tomar decisiones sobre su vida y su futuro.

La separación de los padres está impuesta, de alguna manera, por la capacidad efectora de la genitalidad y permitida por una adecuada internalización de buenas figuras parentales. Esto facilitará un desprendimiento útil y el pasaje a la madurez para el ejercicio de la genitalidad en un plano adulto. La estructura del yo del adolescente ya es bastante flexible permitiendo pseudoidentificaciones, idealizaciones, etc.

Intuitivamente, se busca la salida del peligro incestuoso de la familia, aunque experimentando sentimientos muy revueltos: ha atravesado y atraviesa por vínculos relacionales que podríamos llamar escalonados:

- Mamá - Yo (así fue al principio).
- Mamá - Papá - Yo (se constituyó la triangularidad).
- Mamá - Papá - Hnos. - Yo (se ampliaron los vínculos relacionales más allá de lo triangular).
- Mamá - Papá - Hnos. - Amigos - Yo (descubre que pertenece a un entramado relacional complejo en el que tiene que

habitar y con el que tiene que operar emocional e intelectualmente).

### **AUTONOMÍA DE LA FAMILIA Y AFILIACIÓN GRUPAL**

En las tareas de diferenciación de sus familias y en su maduración emocional los "colegas" juegan un papel esencial. Unos "colegas" con los que inicialmente se tenderá a identificar de forma plena, para luego, si va avanzando apropiadamente en las tareas de desarrollo, irse diferenciando de ellos. El grupo constituye así la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación y en él los adolescentes intentan establecer su identidad individual que les permita a la vez ser un miembro del grupo y alguien especial. El grupo ofrece un "ideal del yo" y un marco de referencia al que parecerse y en el que ser uno mismo. Durante la adolescencia se descubre el valor de la amistad, aunque en la base de ésta haya mucho de narcisismo: el "otro yo" (amigo) es en realidad un "sostén del propio yo". Entre los amigos todos se identifican con cada uno en un proceso tan intenso que, a veces, la separación del grupo parece imposible y el individuo pertenece más a éste que a su familia. Debemos tener en cuenta el peligro de que en el grupo se puedan provocar espirales de comportamiento, de forma que se arrastren a otros y todo ello puede llevar a situaciones peligrosas o destructivas.

### **LA REESTRUCTURACIÓN DE LA FAMILIA EN LA ADOLESCENCIA**

A nadie se le escapa que la entrada en la adolescencia de uno o varios miembros de la familia obliga a ésta a realizar reajustes. Podemos decir que la adolescencia no es solamente un proceso de cambio personal del protagonista, sino que constituye una etapa de transición y cambio en las relaciones del sistema familiar: se tiende a producir una autonomía progresiva de los adolescentes respecto de sus padres y viceversa, es decir, una autonomía progresiva de los padres respecto de sus hijos. Se trata, por lo tanto, no solamente de un proceso de emancipación de los hijos sino de búsqueda de la autonomía progresiva de todos los miembros del grupo familiar. Las

dificultades de la adolescencia son en gran medida fruto de la actitud de los adultos que le rodean, que no saben cómo enfrentarse al despertar intelectual, social, afectivo, sexual y moral de aquellos<sup>8</sup>.

En esta fase se hace precisa la tolerancia de los padres a la socialización creciente y a la separación progresiva de los hijos que están accediendo a la edad adulta y a su preparación para la vida diádica mediante una reavivación de la relación conyugal y social. El proceso de individuación del adolescente debe corresponderse con un proceso paralelo en los padres que les ayude a "centrarse en sí mismos" en tanto que individuos y en tanto que pareja, capaces de fijarse objetivos de vida propios, desligados de la parentalidad.

Los padres deberán ser capaces de "encuadrar" y respetar la búsqueda de identidad e independencia de los hijos, de "tolerar" los conflictos y "consentir" la integración progresiva de los hijos a los procesos familiares de toma de decisiones; todo esto sin olvidar mantener e incluso reforzar los límites intergeneracionales y la alianza parental. El "feed-back", el tira y afloja que de lo antedicho se desprende, debe estar integrado en el ambiente familiar como un proceso normal en esta época de la vida familiar.

Un trabajo con los padres, como subsistema parental, requiere ayudarles a hacer el duelo de su función nutricia con los hijos y posibilitar su cambio de actitudes, pero manteniéndoles en su rol de padres. Para ello debemos trabajar, si es posible, la forma en que ellos mismos han podido asumir su rol de padres teniendo en cuenta que, en el modelo familiar nuclear dominante, no existen más modelos parentales que sus propios padres, sin suficientes mecanismos de corrección por parte de otros agentes (familia extensa, pueblo, etc.).

Los padres que van a encontrar más dificultades con los adolescentes son aquellos que son sometidos a problemas en otras esferas de la vida (matrimonio, familia de origen, trabajo, etc.), o los que no han alcanzado un nivel de madurez (no son verdaderos adultos) y, por lo tanto, carecen de la capacidad para alcanzar rela-

ciones de intimidad, cercanía emocional, para compartir sentimientos e ideas con otras personas y/o para atenerse a límites razonables.

### **PROBLEMAS DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES**

Los adolescentes constituyen un grupo de población con unos indicadores de morbilidad y mortalidad bajos si se comparan con otros sectores, pero ello no debe hacer olvidar que éstos corren riesgo de sufrir enfermedades y trastornos que pueden condicionar decisivamente su salud y su vida. La importancia de estos problemas no sólo se puede medir en términos del número de afectados, sino de la magnitud de sus consecuencias derivan en gran medida del hecho de que afectan a una población con una larga expectativa de vida productiva. Solamente esto convertiría a la salud de los adolescentes en una prioridad<sup>9</sup>.

Pero los adolescentes no sólo ni principalmente sufren patología "física" sino que experimentan un alto nivel de sufrimiento psicológico<sup>10</sup>. Este sufrimiento puede ser consecuencia de algunos de los problemas somáticos que sufren o temen sufrir, como retraso puberal o déficit de crecimiento. También los adolescentes pueden vivir los problemas y dificultades de esta etapa con una gran dosis de vergüenza y humillación y percibirlos como una expresión de su inadecuación personal.

Los adolescentes tienen niveles altos de angustia que se acompañan de sentimientos de soledad, extrañeza, irritabilidad, desánimo, inseguridad y baja autoestima. Tienden a sufrir problemas en la autoestima debidos no sólo a la distorsión de su imagen corporal sino también a los desafíos que se les plantean en el ámbito escolar o social. La ampliación de las redes sociales convierte las relaciones en una posibilidad de satisfacción, pero también en una fuente de amenazas potenciales. Una característica de la adolescencia son las fluctuaciones en el estado de ánimo, que llevan a la aparición de sentimientos depresivos manifiestos o enmascarados tras cuadros somáticos. El adolescente, como hemos dicho, está en una situación

de duelo y angustia por la infancia y la seguridad perdidas y por las nuevas responsabilidades a las que se enfrenta al alcanzar la autonomía y la independencia por las que, por otra parte, ha luchado. Esta tendencia "depresiva" se puede agravar por eventos concretos, como son el rechazo de los compañeros y de los primeros "amores" y por las críticas y el rechazo de los padres que pueden resultar muy dolorosos para los jóvenes<sup>11</sup>. No se debe subestimar la importancia de la depresión en los adolescentes, entre otras razones porque la tasa de suicidio es importante en este grupo de edad<sup>12</sup>.

Otra de las razones fundamentales que justifican la necesidad de intervención específica en la adolescencia es precisamente la alta prevalencia de comportamientos de riesgo<sup>13</sup>, que están interrelacionados<sup>14</sup>. En la adolescencia, especialmente entre los 16 y 24 años, se produce la adopción de un gran número de comportamientos negativos para la salud<sup>15</sup>, que tienden a convertirse en hábitos que perduran durante el resto de la vida.

Los comportamientos de riesgo no sólo expresan falta de información. La conducta tiene mucho que ver con cuestiones de autoimagen, de identidad, de presión grupal, con sentimientos y emociones intensos y con la tendencia a tomar decisiones de forma impulsiva. El miedo a las consecuencias no parece detener a algunos adolescentes que aparecen como irresponsables, impulsivos, emocionalmente inseguros y con poco respeto por sí mismo y los otros. A pesar de que los jóvenes no ignoran en muchas ocasiones los riesgos existentes, no parecen comprometidos con protegerse de estos<sup>16</sup>. La presión del grupo ejerce un papel en la adopción de comportamientos de riesgo<sup>17</sup> como también lo hace el malestar físico y psíquico que asolan a los adolescentes.

Los comportamientos de riesgo se traducen no solamente en una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades en el futuro sino que ya tienen su traducción en problemas que sufren los propios adolescentes, como los accidentes, el embarazo no deseado, las enfermedades de transmi-

sión sexual o los accidentes que encabezan la patología en esta edad.

El activismo de los jóvenes y la percepción de invulnerabilidad que les acompaña les empuja hacia actividades que implican riesgo físico. También esta tendencia, junto con la curiosidad y el deseo de experimentar, lleva a muchos adolescentes a adoptar conductas como el consumo de tóxicos. El abuso de sustancias, comenzando por el alcohol, es un problema frecuente. Entre los adolescentes se da una forma propia (aunque extendida a otros grupos) de abuso del alcohol en el que el objetivo es directamente la intoxicación etílica. Además de sus consecuencias directas del alcohol su influencia en los accidentes de tráfico es clara.

Como en otros problemas, la escasa preocupación de los adolescentes por los riesgos influye también en su actitud ante el alcohol y otras sustancias. Además, las drogas "facilitan" afrontar el estrés y las dificultades de la comunicación con otros y pueden ser un "remedio" para los problemas de autoestima. El consumo de sustancias puede tener un valor simbólico, siendo visto como parte de la entrada en el mundo de los adultos y como medio de diferenciación y de conseguir definir la propia identidad. Todo ello hace que, rutinaria cuando tengamos adolescentes en la consulta, debamos interesarnos de forma importante por el consumo de drogas y alcohol y en caso de consumo excesivo o peligroso se deben analizar las causas que pueden condicionarlo, ya que a veces son la respuesta a problemas psicológicos previos.

El comportamiento sexual también se puede convertir en un comportamiento de riesgo. Las vivencias y actitudes en relación con la sexualidad de los adolescentes se relacionan con los dilemas afectivos y de identidad que viven. A veces, los adolescentes se ven inmersos en actividades sexuales sin ser plenamente conscientes de sus implicaciones y sin haber clarificado sus sentimientos ante ellas. Las experiencias sexuales pueden ser para algunos adolescentes parte de la búsqueda de emociones y para otros una forma de escapar a la soledad y a la depresión. Debemos

insistir en que las relaciones deben ser francas, abiertas y compartidas y permitir al adolescente reflexionar cómo las viven: si no representan ningún compromiso o, por el contrario, desean mantenerlas con alguien al que se encuentran especialmente ligados en un plano sentimental. La promiscuidad no debe ser ignorada por los riesgos que supone y porque a veces puede ser expresión de trastornos emocionales y comportamentales.

Entre los problemas relacionados con la sexualidad destacan las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado. Los adolescentes subestiman la posibilidad de quedarse embarazadas<sup>18</sup>. Entre las que se quedan embarazadas existen una serie de factores causales como son la violencia familiar, el fracaso escolar y, sobre todo, una baja autoestima. El embarazo puede despertar sentimientos ambivalentes en la adolescente y puede ser parte de una respuesta maladaptativa que intenta de ese modo resolver dilemas psicológicos, como adquirir independencia de sus padres o ligarse emocionalmente a su compañero/novio. Cuando la manipulación dirigida a conseguir el objetivo buscado (una larga relación emocional con el compañero) falla, la adolescente puede sentirse abandonada y al mismo tiempo sufrir la hostilidad e incompreensión de la familia, lo que puede llevarle a una situación límite. Aunque tampoco es muy inusual que la familia se vuelque en un apoyo total a la adolescente que, aunque bienintencionado y aparentemente desinteresado, oculta un intento de desposeerla del control de su vida.

Aunque los problemas y riesgo para la adolescente y su hijo son múltiples, también hay jóvenes que llevan la maternidad con normalidad, pero tanto si deciden seguir adelante con éste como si no, necesita apoyo y soporte. Cuando el hijo nace se necesita un red social y, sobre todo, una familia preparada para proporcionar ayuda. El profesional debe intervenir para intentar que esta ayuda se ofrezca sin contrapartidas, como la pérdida de la independencia y poder de decisión de la nueva madre.

Pero aunque importantes, las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado no son los únicos problemas de salud que sufren los adolescentes. En su exploración de la sexualidad los adolescentes se pueden encontrar implicados en violaciones, tanto por su dificultad para definir límites como para que otros adolescentes sean capaces de percibirlos (sobre todo si han sido educados en familias sin límites apropiados). Otro factor añadido es que las adolescentes, como producto de su propia inseguridad, pueden vestirse de forma provocativa y aparentar una madurez de la que carecen.

La problemática de salud del adolescente no acaba aquí ya que la conducta antisocial y los problemas escolares también son frecuentes, pero para evitar extendernos demasiado sólo vamos a comentar los trastornos psicopatológicos relacionados con el comportamiento alimentario. Estos trastornos tienen una frecuencia que no es despreciable y pueden ser muy graves sobre todo en los casos extremos. Su aparición se relaciona con el hecho de que el adolescente, sobre todo en su primera etapa, se interesa por su desarrollo físico y se tiende a comparar con otros. En muchas ocasiones los jóvenes no se encuentran satisfechos con los cambios que su cuerpo ha experimentado.

La anorexia nerviosa es el trastorno más grave. Afecta sobre todo a jóvenes adolescentes. Las pacientes manifiestan un intenso temor a convertirse en obesas y mantienen una imagen corporal distorsionada de modo de que, aunque se encuentran muy delgadas, se ven con exceso de peso. Antes de la enfermedad las pacientes solían ser niñas modelos que llevaban satisfactoriamente sus estudios. Las familias frecuentemente son intrusivas, limitantes, sobreprotectoras, rígidas e incapaces de resolver conflictos<sup>19</sup>. Una perspectiva sistémica de la anorexia nerviosa la relaciona con "juegos" relacionales en la pareja paterna<sup>20</sup>. A la vez los afectados viven un ambiente en el que hay excesivo interés en el alimento, la apariencia y aptitud física.

La bulimia es un trastorno que suele tener menores consecuencias físicas y los pacientes tienen habitualmente conciencia

de que su conducta alimentaria no es normal.

Los trastornos de comportamiento alimentario son un problema complejo y los afectados necesitan tratamiento especializado, y la labor del profesional de atención primaria es fundamentalmente detectarlos y hacer una primera valoración.

## LOS ADOLESCENTES Y LOS SERVICIOS DE SALUD

Toda esta problemática hace aconsejable que los servicios sanitarios no sean indiferentes y pasivos ante la salud del adolescente. Además de atender a sus consultas por episodios de enfermedad, es necesario mantener una actividad de supervisión del desarrollo físico y del estado nutricional, detectar activamente problemas del desarrollo y del comportamiento y desarrollar intervenciones educativas dirigidas al adolescente y su entorno<sup>21</sup>. Los problemas propios del desarrollo psicosocial de la adolescencia deben ocupar un lugar central dentro de la intervención de los servicios de salud.

Las características del periodo de la adolescencia deben servir de marco para entender algunos de los problemas de salud de los adolescentes y para definir estrategias de intervención. Es necesario comprender los frecuentes factores psicosociales que afectan a los adolescentes y entender el proceso de desarrollo que supone la adolescencia. Una tarea es diferenciar al adolescente con alteraciones normales y propias de este periodo evolutivo de aquellos con trastornos patológicos o con indicios de alteraciones de personalidad. Es bueno partir de la idea de que la adolescencia es un periodo difícil, pero en la gran mayoría de las ocasiones no se producen trastornos graves y el adolescente es capaz de superar los desafíos que éste supone. Pero esto no obvia una atenta vigilancia de este periodo, intervenciones preventivas para evitar trastornos graves y detectar éstos cuando aparecen.

Si bien las necesidades de salud de los adolescentes no son en absoluto despreciables, el hecho contrasta con las dificultades que en la práctica los adolescentes tienen para encontrar ayuda. Entre otras

razones porque carecen de la necesaria confianza en los servicios de salud en general y en los profesionales de atención primaria en particular.

Muchos adolescentes no se encuentran satisfechos con la atención que reciben<sup>22</sup>, y como indicio sintomático sirva el dato de que las consultas de los adolescentes suelen durar menos que el promedio<sup>23</sup>, quizás porque tanto el médico como el adolescente están interesados en que la consulta sea lo más corta posible<sup>24</sup>.

La visita al médico provoca gran ansiedad en el adolescente ya que éstos a menudo tienen dificultades para expresar sus preocupaciones (que de hecho pueden estar poco elaboradas) y son reticentes a compartir sentimientos y confidencias personales con adultos<sup>25</sup>. Incluso los profesionales de la salud pueden recibir rechazo y hostilidad, que en realidad a menudo constituye un mecanismo de defensa del adolescente frente a su inseguridad.

Las dificultades y resistencia para acudir a la consulta no quieren decir que los adolescentes no estén dispuestos a discutir aspectos relacionados con su salud siempre que la confidencialidad y una aproximación no judicial por parte del profesional estén aseguradas<sup>26</sup>. Parece que los adolescentes pueden tener una agenda oculta detrás de los síntomas somáticos por los que consultan<sup>24</sup> y desean más tiempo para discutir temas de salud<sup>27</sup>. Es posible que con un planteamiento adecuado de entrevista y si se crea un clima relajado y privado, conseguir que los jóvenes faciliten información relevante. Una información que en caso contrario tenderán a omitir.

Por todo ello la capacidad de crear relaciones de confianza con los adolescentes es una necesidad prioritaria, y al mismo tiempo, supone un auténtico reto comunitativo para el profesional de atención primaria.

## LA RELACIÓN CON EL ADOLESCENTE

En la entrevista con el adolescente, como en cualquier otra entrevista, el objetivo es entender a la persona que tenemos

delante, su comportamiento, sus ideas y emociones y al mismo tiempo comunicarle que le valoramos, le respetamos y lo consideramos el protagonista en la solución de sus problemas. Por supuesto, un objetivo complementario es detectar patología que requiera una valoración y tratamiento por parte de servicios de salud mental.

Varios autores han comentado diversas recomendaciones para la relación con adolescentes que, en general, tienden a incidir en una serie de aspectos comunes que comentamos a continuación<sup>19,28-30</sup>.

En su relación con el joven, el profesional de atención primaria no debe intentar aparecer como un "colega" más y tampoco imponer sus propios valores. Debemos comportarnos como adultos sin ser sustitutos del padre: debemos escuchar y evitar los juicios y actitudes paternalistas. Siempre es necesario transmitir sentido de preocupación e interés y no banalizar sus preocupaciones y partir de su definición de los problemas, que pueden no coincidir con la de sus padres.

A veces es difícil evitar que se nos escapen manifestaciones de desaprobación e incluso de sospecha ante intervenciones del adolescente, especialmente ante aquellas dirigidas precisamente a provocarnos mediante su contenido o con el lenguaje utilizado. En la medida de lo posible, se deben evitar los juicios de valor sobre sus ideas y conductas, si bien se deben señalar los riesgos que éstos suponen en los casos oportunos. Siempre debemos indagar sobre las razones existentes detrás de las conductas y no sólo comentar éstas.

Debemos mostrar un deseo de ser útil, pero al mismo tiempo reconocer que no siempre se va a poder ofrecer la ayuda necesaria. Es necesario abrir espacios de participación, confiar en el joven para encontrar alternativas y en todo caso, antes de ofrecer sugerencias, comprobar la disposición de éste para aceptarlas. A los adolescentes es necesario apoyarles sin apoyar por ello sus comportamientos impropios. Hay que transferirles el máximo de responsabilidad para contribuir a que adquieran actitudes de autocuidado. Al insistir en dar responsabilidad contrarrestamos los peligros de que la rebeldía

del adolescente se convierta en desobediencia o en actitudes de culpabilización del profesional.

### **CONFIDENCIALIDAD Y RELACIÓN CON EL ADOLESCENTE**

La confidencialidad es un factor decisivo para garantizar relaciones apropiadas con los adolescentes y para ganarse su confianza, de modo que se facilite que se acerquen a la consulta y expresen sus problemas<sup>31</sup>. Aunque el adolescente normalmente puede comprender que sus padres están interesados en sus problemas y quieren saber cómo pueden ayudarle, a veces esto no es así cuando el diálogo está roto. En estos casos, se puede ofrecer al adolescente que sea el propio profesional en presencia suya el que informe a los padres de forma general sobre la entrevista y si estos tienen preguntas concretas que se las hagan al adolescente, dándole permiso cuando no desee contestar y pidiéndole a los padres que respeten esta posición.

La única excepción, que el profesional debe dejar clara, es que no respetará el secreto de aquella información que esté relacionada con la seguridad de adolescente o la de otros. Si existe peligro grave para la vida o la salud del adolescente, por ejemplo por ideas suicidas, o de que éste cause daño irreparable a otros, el profesional informará a quien crea conveniente si el adolescente no acepta la invitación a hacerlo él mismo.

### **DIFICULTADES EN LA ENTREVISTA. EL ADOLESCENTE SILENCIOSO**

La relación con los adolescentes no está desprovista de dificultades. Una de las más frecuentes es que nos encontremos con adolescentes que aparecen como poco comunicativos e incluso un poco hostiles. Esta actitud puede deberse a que han acudido presionados a la consulta, no poseen la necesaria confianza en el profesional o a que carecen de las habilidades verbales necesarias. En ocasiones recurrirán a la presentación de las quejas de forma indirecta ocultando sus verdaderas preocupaciones. Ganar la confianza del adolescente es especialmente complicado cuando la entrevista ha sido a iniciativa de

los padres preocupados por algún aspecto de su hijo.

Es necesario tener en cuenta que los adolescentes necesitan tiempo para conseguir la tranquilidad y la confianza que le permitan hablar de temas personales. El médico puede ser visto como alguien que puede tener acceso a información que prefieren mantener en la intimidad. Por lo tanto, es preferible establecer un clima de confianza antes de entrar en temas delicados y comenzar sondeando cuestiones inofensivas. Para ello, es útil comenzar la entrevista hablando de temas diarios (amistades, el colegio, aficiones, etc.). Esto además de contribuir a establecer una relación con ellos ha de servir para adquirir una perspectiva sobre su personalidad y situación emocional. No obstante, una vez que se ha decidido entrar en los terrenos más íntimos las preguntas deben ser claras, sin ambigüedades ni eufemismos.

La demostración de calor e interés y las preguntas abiertas que buscan que el adolescente exprese sus preocupaciones y opiniones son imprescindibles para facilitar la comunicación por su parte. Debemos aceptar periodos de silencio. Estos a veces son el resultado de que el adolescente no tiene nada que añadir, pero en otras ocasiones constituyen espacios necesarios para que puedan reflexionar y elaborar sus ideas. Cuando el adolescente permanece silencioso, a pesar de un tiempo prudente de espera y de preguntas abiertas, se puede adoptar un estilo más activo prodigando las intervenciones mientras se mantiene la atención en las señales no verbales del joven. Debe detectarse cuando éste demuestre interés, curiosidad o nerviosismo al abordar un tema, para insistir en él realizando preguntas más específicas. También ante el adolescente poco comunicativo es a veces útil expresar la sistemática de actuación que se va a seguir, así como los aspectos esenciales que definen el estilo de práctica de éste subrayando que considera al adolescente su paciente y que no va a ser, en su relación con él, un agente al servicio de sus padres. Además, siempre debemos invitar al adolescente a acudir cuando lo considere oportuno.

## LA RELACIÓN CON LOS PADRES DEL ADOLESCENTE

Si bien el principal instrumento de trabajo con el que contamos es la entrevista con el adolescente, una relación de confianza con éste no se puede lograr a expensas de dañar la colaboración con los padres que también van a necesitar apoyo en esta fase de la vida familiar. Los padres son importantes porque poseen información del adolescente cuando era un niño (historia médica), pero también porque representan una perspectiva imprescindible sobre sus problemas y dificultades actuales.

En las entrevistas con los padres éstos pueden solicitar consejos específicos o pedir la aprobación y apoyo del profesional a su actitud frente a los comportamientos del adolescente. Decir a los padres directamente cómo comportarse puede que no sea una ayuda real ya que los deslegitima y les crea inseguridad para afrontar futuras dificultades. En estos casos nuestra orientación debe dirigirse hacia clarificar los conflictos y diferencias existentes y buscar fórmulas para dialogar y negociar sobre los desacuerdos ya que las soluciones deben ser el resultado de un cierto pacto entre ambas partes. No obstante, debemos recomendarles que acepten un cierto distanciamiento y autonomía de su hijo, que intenten escucharle, no prodigan comentarios críticos, ni comparaciones y que sólo den consejos cuando crean que el joven está en disposición de escucharlos. Siempre que sea posible se debe sugerir que hagan participar al hijo en la búsqueda de soluciones porque esto va a ayudarlo a ser más responsable y consciente.

El adolescente puede vivir nuestro encuentro con sus padres como una alianza contra él si no puede acceder a su contenido de modo fiable. Por lo tanto, es bueno convocar encuentros en el que estén presentes tanto el adolescente como sus padres<sup>28</sup>. La reunión con la familia y el adolescente es especialmente útil porque proporciona mucha información sobre cuál es la dinámica de la relación en la familia. Esta reunión puede preceder a la

individual con el adolescente o realizarse a continuación.

En los encuentros con los padres y el joven es especialmente importante definir cuál es el problema. Cuando se trate de la conducta del joven ésta debe describirse de forma precisa y con ejemplos. Se debe establecer desde cuándo ha aparecido o se ha identificado el problema por qué se consulta ahora, y se debe valorar su grado de repercusión en las distintas situaciones y en los diferentes afectados.

## SALUD DE ADOLESCENTE. NECESIDAD DE UNA ORIENTACIÓN ACTIVA

La existencia de una problemática de salud significativa y las dificultades para relacionarse y trabajar con ellos aconsejan realizar un esfuerzo específico para desarrollar una política de salud hacia los adolescentes.

La polémica sobre si deben ser los centros de salud los encargados de llevarla a cabo o se deben crear recursos específicos en nuestra opinión es falsa. Los centros de salud no pueden permanecer indiferentes porque poco o mucho los adolescentes van a dejarse ver por la consulta o sus padres van a acudir planteando cuestiones relacionadas con ellos. Pero también es cierto que desde instancias específicas (programa joven) se puede facilitar el acceso de sectores, muchos de ellos de alto riesgo, que no van a acudir a los servicios de salud habituales. Por lo tanto, ambos recursos se deben considerar complementarios. En todo caso es necesario informar a los adolescentes con qué servicios cuentan para atenderles y arbitrar mecanismos para facilitar su acceso<sup>32</sup>.

Creemos que los profesionales de atención primaria pueden desarrollar una labor importante en esta época de desestabilización que supone la adolescencia<sup>33</sup>. Para ello tienen que abrir espacios en los que los adolescentes pasen a ser los protagonistas de su salud arrebatándoles esta prerrogativa a sus padres. Pero abrir estos espacios no es fácil porque el adolescente puede consultar solamente por problemas menores, mientras que los problemas psicosociales más importantes permanecen

en el trasfondo y siguen acudiendo a la consulta en compañía de sus progenitores. En las ocasiones que el adolescente acude por un problema menor es necesario abordar no solamente el motivo concreto de consulta sino incluir la detección de los factores de riesgo y llevar a cabo una educación para la salud personalizada. La atención no debe limitarse a los problemas que ya han aparecido sino que se precisa ayudar a los adolescentes y a sus padres para prepararse a los cambios y situaciones conflictivas más comunes<sup>34</sup>.

En estos momentos, en atención primaria y especialmente entre los médicos de familia, se debe desarrollar un esfuerzo para conseguir una atmósfera acogedora para los pacientes adolescentes, para que los profesionales tomen conciencia de las necesidades y de las características de este grupo de población y sean capaces de mostrar respeto y una actitud que tienda a establecer relaciones igualitarias y no paternalistas<sup>35</sup>. Si la atención dentro del centro de salud debe realizarse desde pediatría o desde el médico de familia constituye otro debate. La prolongación de la adolescencia, los límites difusos de edad a la que ésta se supera (por el contrario su comienzo es más homogénea) hace más lógico que sea la entrada en ésta la que marque el inicio de la relación con el médico de familia, que puede tener un valor simbólico como salida de infancia y de tomar en sus manos el cuidado de su salud.

De todos modos, realmente lo importante es que el trabajo con adolescentes lo hagan profesionales motivados y preparados. Para trabajar con adolescentes se necesitan básicamente tres requisitos: predisposición personal, competencia en el manejo de los problemas de los adolescentes y capacidad de comunicar con ellos<sup>36</sup>. Es muy difícil que alguien pueda ser capaz de proporcionar atención y establecer una relación eficaz con los adolescentes si éstos le disgustan o no se siente cómodos con ellos. Es preciso entender cómo hay que establecer el contacto y la relación con el paciente adolescente. La clave está en la identificación empática con su circunstancia, ofreciéndole una imagen respetuosa y comprensiva por un lado, y sóli-

da por otro. Nosotros debemos mostrarnos ante ellos como adultos ubicados en la trama social, no censuradores de sus valores inestables, pero sí como modelos referentes de los que podrán aprehender aspectos que incorporar. La oferta ante el adolescente no es la sanción imperativa es el juicio y el criterio benevolente que podrá criticar, contrastar e incluso negar, pero que debemos asegurarnos que queda en ese lugar "flotante" al que el adolescente podrá recurrir buscando identificaciones que apuntalen sus sentimientos de ser uno mismo ("mismidad").

---

#### *Agradecimientos*

A Arantxa Nieva Zardoya por la revisión de la redacción del texto.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. ABERASTURY A, KNOBEL M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico, Mexico; Paidós 1996; 44.
2. ABERASTURY A, KNOBEL M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Mexico; Paidós 1996; 47.
3. ERIKSON EH. The problem of ego identity. J Am Psychoanal Ass 1956; 4: 56.
4. NIXON RE. An approach to the dynamics and growth in adolescence. Psychiatry 1961; 24:18.
5. MADUZ JAUREGUI V. Problemas psiquiátricos de los adolescentes. En: Problemática actual del adolescente. Estella: Comisión de Docencia del Hospital García Orcoyen 1991; 115-119.
6. BÜHLER CH. La vida psíquica del adolescente. Buenos Aires; Espasa Calpe Argentina 1950; 67.
7. MONEDERO C. La evolución psicológica del hombre. Barcelona; Editorial Salvat, Aula Abierta 1982; 49.
8. BÜHLER CH. La vida psíquica del adolescente. Buenos Aires; Espasa Calpe Argentina, 1950; 96.
9. DE LA REVILLA L, MARCOS B, DE LOS RIOS A. Asesoramiento familiar anticipado en familias con adolescentes. Boletín de grupo de estudio de atención familia 1996; 3: 3-5.
10. SHERZER LN. Adolescent Problems. Special considerations. En: Barker LR, Burton JR, Zieve PD. Principles of Ambulatory Medicine. Baltimore: Williams and Wilkins 1999; 62-82.

11. JACOBSON LD, PILL RM. Shorts reports. Critical consumers: teenagers in primary care. *Health Social Care Community* 1997; 5: 59-62.
12. PLÁ CORRONS C. Relación padres-hijos en la adolescencia. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1999; 6: 143-148.
13. LADAME F. Suicide prevention in adolescence: an overview of current trends. *J Adolesc Health* 1992; 13: 406-408.
14. WALKER Z, TOWNSEND J. The role of general practice in promoting teenage health: a review of the literature. *Fam Pract* 1999; 16:164-172.
15. NUTBEAM D, AAR L, CATFORD J. Understanding children's health behaviour: the implications for health promotion for young people. *Soc Sci Med* 1989; 29: 317-325.
16. Department of Health. Health related behaviour. An epidemiologic overview. Londres: Department of Health 1996.
17. FROST R. Cardiovascular risk modification in the college student: knowledge, attitudes and behaviors. *J Gen Intern Med* 1992; 7: 317-320.
18. Center for population Options. Adolescent Substance Use and sexual Risk-taking Behavior. Washington: Center for Population Options 1991; 2.
19. KANTNER JF, ZELNIK M. Sexual experience of young unmarried women in the United States. *Fam Plann Perspect* 1972; 4: 9-18.
20. NEINSTEIN LS. Salud del adolescente. Barcelona: JR Proues Editores 1991.
21. SELVINI PALAZZOLI M, CIRILLO S, SEVINIES M. Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona: Paidós 1988.
22. ARROBA BASANTE ML. El examen de salud del adolescente. *Jano* 2001; 60: 783-789.
23. CHURCHILL R, ALLEN J, DENMAN S. Do the attitudes and beliefs of young teenagers towards general practice influence actual consultation behaviour? *Br J Gen Pract* 2000; 50: 953-957.
24. JACOBSON L, WILKINSON C, OWEN P. Is the potential of teenage consultations being missed? A study of consultations times in primary care. *Fam Pract* 1994; 11: 296-299.
25. MELVILLE A. Caring for adolescents. *Fam Pract* 1989; 6: 245-246.
26. ROCHE A, SANSON FISHER RW, COCKBURN J. Training experiences immediately after medical school. *Med Educ* 1997; 37: 9-16.
27. LAWRENCE M, COULTER A, JONES L. A total audit of preventive procedures in 45 practices caring for 430.00 patients. *Br Med J* 1999; 300: 1501-1503.
28. MELVILLE A. Caring for adolescents. *Fam Pract* 1989; 6: 245-246.
29. JACOBSON L, WILKINSON C, PILL R. Teenagers and British general practitioners: a preliminary study of consultation times in primary care. *Ambulatory Child Health* 1996; 1: 291-301.
30. JARABO CRESPO Y, VAZ LEAL FJ. La entrevista clínica con adolescentes. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1995; 2: 455-465.
31. FUENTES BIGGI JF. La entrevista clínica en la adolescencia. Materiales del XVII Curso de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria.
32. MYERSCOUGH PR, FORD MJ. Talking to Patients. Oxford: Medical Publications Oxford 1996.
33. BMA, BMSC. HEA: Brook Advisory Centres, FPA; RCGP: Confidentiality and people under 16. London 1992.
34. BURACK R. Young teenagers' attitudes towards general practitioners and provision of sexual health care. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 550-554.
35. BROT CUGAL I. Épocas vitales de vulnerabilidad: La adolescencia. En Moreto Reventos (ed). Médico de cabecera y Salud Mental. Barcelona: Sociedad catalana de Medicina Familiar i Comunitaria 1996.
36. MARCOS B. La adolescencia en el contexto familiar. En De la Revilla L. Manual de Atención Familiar. Granada: Fundación para el estudio de la atención a la familia 1999.
37. JACOBSON L, KINNERSLEY P. TEENAGERS in primary care- continuing the new direction. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 947-948.
38. CASADO I. Tratando (con) adolescentes. Jornadas de actualización en Medicina de Familia. Barcelona: Semfyc 2000.