

¹ H. G. A. D. Vélez Sarsfield,
Terapia Intensiva.
Presidente de la Sociedad Argentina
de Medicina.
rpascual46@gmail.com

² Hospital de Niños Pedro de Elizalde,
Pediatra.
Miembro de la Sociedad Argentina de
Pediatria.
charlesanz@hotmail.com

Los autores expresan no poseer conflicto
de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Prof. Dr. Pascual Valdez.
Mariano Acha 1359. 1430 CABA.
rpascual46@gmail.com

¿QUIÉN ATIENDE AL ADOLESCENTE? CONSENSO-DISENSO. POSTURAS INTERSOCIETARIAS (PARTE 1)

WHO PROVIDES MEDICAL CARE FOR THE ADOLESCENT? CONSENSUS-DISSENT. INTERCOMPANY POSITIONS (PART I)

¹Pascual Valdez, ²Carlos Sanz.

RESUMEN

La atención de los adolescentes es un punto crítico para algunos profesionales. Si bien no todos los pediatras ni todos los clínicos se sienten cómodos atendiendo adolescentes, también es claro que muchos pediatras y muchos clínicos pueden reclamar como incumbencia de su práctica profesional (más que de su especialidad) la asistencia de los mismos. Si bien los pediatras en general (y desde las recomendaciones societarias) hablan de la atención "hasta los 18 años", los servicios de pediatría de los hospitales públicos suelen poner el cartel "atención hasta los 14 años", generando muchas veces incomodidad en los clínicos que deben atenderlos, y de alguna forma la atención del adolescente pasa a ser "tierra de nadie". Y surgen nuevos actores: los médicos generalistas y/o de familia, por un lado, que hablan de la atención integral del adolescente y su entorno, y los hebiatras (pediatras que se han especializado en la problemática del adolescente). Por dicho motivo, por una iniciativa conjunta de clínicos y pediatras (SAM y SAP), incorporando a los pediatras especializados en adolescentes y a los médicos generalistas, tratamos de consensuar pautas comunes de atención.

PALABRAS CLAVE. Adolescente, sistemas de salud, salud integral, transición de la atención.

ABSTRACT

Adolescents' medical care is a critical point for some professionals. While not all pediatricians and clinicians feel comfortable providing care for adolescents, it is also clear that many pediatricians and many clinicians can claim that caring for them is a matter of their own professional practice (rather than their specialty). While general pediatricians (and from the corporate recommendations) speak of medical care "up to 18 years old", in pediatric services of public hospitals signs often read, "Care up to 14 years old", thus creating discomfort in the clinicians that should see them, with which adolescent care somehow becomes "no man's land". So new actors emerge in the medical care setting: general and/or family practitioners, on the one hand, speaking of comprehensive care of adolescents and their environment, and adolescent physicians, on the other--pediatricians who have specialized in adolescent medicine or hebiatrics. For this reason, a joint initiative by clinicians and pediatricians (SAM and SAP), with the contribution of pediatricians and general practitioners specialized in adolescence, try to agree on common standards of care.

KEY WORDS. Adolescent, healthcare systems, integral health, transition of care.

Introducción

"La juventud no es una edad, sino una estética de la vida cotidiana. La infancia casi ha desaparecido, acorralada por una adolescencia tempranísima. La primera juventud se prolonga hasta después de los treinta años."

Beatriz Sarlo (ensayista argentina)

Los avances en los tratamientos médicos han logrado que un número creciente de adolescentes con enfermedades crónicas lleguen a la madurez y requieran los servicios de la medicina para adultos. Actualmente hay pacientes con enfermedad fibroquística que llegan a los 30 años de vida (cuando una gran mayoría abordó

este tema en la asignatura de grado Pediatría). *A priori* se observan problemas en tres niveles: sistema de salud nacional, hospitales y sanatorios (no pediátricos) y consulta ambulatoria. El 85 % de los adolescentes con necesidades especiales no cuenta con una planificación de transición. La pediatría en general no ha contemplado la autonomía anticipatoria ni la preparación de pacientes y familias para la transferencia.

Existen varias definiciones del término *adolescencia*: “Período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica” (OMS). “Proceso dinámico que transcurre en el camino de la niñez a la edad adulta que se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físico, psicológico y social (Guía para la supervisión de niños y adolescentes. SAP). “Es el período de pasaje que separa la infancia de la edad adulta, tiene como centro la pubertad y, a decir verdad, sus límites son vagos...” (F. Dolto). “Momento del ciclo de la vida con características y circunstancias que le son propias y que se va modelando de acuerdo con determinantes sociales, culturales y económicos” (Un Servicio Amigable para la Atención Integral de la Salud- FUSA 2000).

Se considera adolescencia a la franja etaria comprendida entre los 10 y 19 años (OMS) (1). En nuestro país la población adolescente representa el 16,9 % de la población total.

La OMS considera que el 70 % de las muertes prematuras del adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia. El hábito de fumar, el abuso del alcohol y su asociación a accidentes de tránsito, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el embarazo no planificado, la obesidad o la malnutrición, y situaciones que involucran la salud mental de los jóvenes constituyen algunos ejemplos (2).

Asimismo, si se considera el término “salud integral” en la adolescencia, este supone el bienestar físico, mental y social de los jóvenes; simultáneamente con su desarrollo educativo y la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde con su cultura y el desarrollo de su máxima potencialidad (3).

Durante mucho tiempo se supuso que la segunda década de la vida constituía una etapa saludable para quienes la transitaban, y esto tuvo como consecuencia la invisibilidad de la adolescencia como etapa en las políticas públicas. Sólo en los últimos años han surgido programas y políticas sanitarias que contemplan la integralidad en salud. Estos se ocupan de los nexos entre las diferentes entidades cuando se supera la edad pediátrica y de ciertos espacios que deben existir dentro de la salud pública para la inclusión del adulto “muy joven”.

En este marco, el concepto de “transición de la atención” se define como una transferencia planificada de los adolescentes desde los centros pediátricos hacia la atención orientada a los adultos, en un proceso que tenga en cuenta las necesidades médicas, psicológicas y educativas de los jóvenes durante ese proceso. El objetivo es la preparación del paciente para moverse desde el entorno prototípico de la atención pediátrica a un funcionamiento más autónomo

dentro de la clínica de adultos (4). Urge la necesidad de una transición efectiva, dado que sólo el 15 % de los adolescentes con necesidades especiales de 13 a 17 años de edad cuenta con un plan de transición completamente definido (5-7).

En cuanto al trabajo sanitario con adolescentes, además de las experiencias internacionales, al respecto surgen a partir de la práctica cotidiana situaciones en la transición en las que no son contempladas ni la autonomía anticipatoria, ni la preparación de los pacientes y sus familiares, ni tampoco de los propios servicios involucrados en este acompañamiento. Aún no se ha evaluado cómo facilitar la transición ni cómo definir y evaluar los resultados luego de la transferencia. Asimismo, existe muy poca información que describa claramente cuál es el momento óptimo, la edad, las barreras y los resultados de la transición. Se trata de un problema mundial aún sin resolución. Los inconvenientes muchas veces se solucionan por las “redes informales”.

Por otro lado, existen también dificultades en la recepción y el acompañamiento de los jóvenes en las instituciones de salud, no solo en la transición en enfermedades o entidades crónicas. Ocurre dentro de la misma institución, cuando los adolescentes son seguidos en hospitales generales, y la situación es aún más vulnerable cuando se refiere a hospitales pediátricos. Es decir que también siguen siendo muy heterogéneos el control, el seguimiento, la transición y el acompañamiento de los adolescentes “sanos”, además de existir grandes incertidumbres sanitarias cuando hay que tratar a jóvenes mayores de 14 años (edad elegida arbitrariamente si se toma en cuenta la definición de la OMS citada en los primeros párrafos) (8-12).

A la vez, merecen destacarse las transiciones en situaciones de emergencia y urgencia que deben protocolizarse, teniendo en cuenta las características de los servicios de Cuidados Intensivos y las características psicosociales de los jóvenes y adolescentes, diferentes de las de los adultos jóvenes. Se requiere prestar mayor atención en el caso de la consideración y el tratamiento de las causas que conllevan riesgos por consumo de sustancias, el trauma grave, las situaciones de emergencia psicológico-psiquiátrico-social, como la patología dual, las emergencias psiquiátricas, las situaciones de abuso y maltrato, y las múltiples implicancias de los adolescentes y jóvenes que están en situación de calle, que en general llegan a la atención hospitalaria por los servicios de urgencia (13,14).

Desde la gestión en salud debe evidenciarse la no inclusión (aunque ilegal) en el Plan médico obligatorio de patologías emergentes, pues a pesar de la legislación vigente, cuando los pacientes llegan a la mayoría de edad pierden esos derechos, es decir que estas prestaciones se transforman en “dávivas” que puede otorgar el Estado, en lugar de conservar su estado legítimo de situaciones genuinas de derecho, que fueron sostenidas durante la época pediátrica, muchas veces con el esfuerzo personal del equipo tratante (15,16).

También resulta pertinente la convocatoria a los lugares de decisión de nuestro sistema de salud (estatal, del seguro social, priva-

do, provincial, entre otros), para que se involucren y expidan sobre esta temática (17). A su vez, debería fomentarse la supervisión de un médico formado en clínica, tanto pediatra como especializado para trabajar con adolescentes y jóvenes, sea cual fuere el diagnóstico del paciente, respetando el marco de integralidad en la atención y no sólo desde el trabajo del especialista.

Por lo tanto, la incorporación de los médicos y profesionales de adultos debe ser un ejercicio saludable para los pediatras, ya que les permite desligarse de las cualidades que a veces se atribuyen a la clínica médica: indiferencia, falta de compromiso, etc. También es necesario debatir y generar una autocrítica del mundo pediátrico, como adueñamiento o paternalismo, etc., ante el seguimiento “prolongado” de sus pacientes (18-23).

El desarrollo del conocimiento ha logrado que más niños con patologías crónicas sobrevivan a enfermedades graves. Esto llevó a un aumento en el número de niños y adolescentes con enfermedades crónicas, quienes alcanzan la adultez hasta en un 85 % de los casos. De la misma manera, en las últimas décadas, se han producido importantes cambios en la epidemiología de las enfermedades crónicas de la infancia y adolescencia (5). “Las tendencias actuales marcan un cambio en el modelo de atención para los niños con enfermedades crónicas, fundado en el reconocimiento de las necesidades especiales de atención que la afección de su salud genera. Las metas de este nuevo modelo son brindar una atención accesible, continua y coordinada, centrada en el niño y su familia, sobre la base de los recursos de la comunidad de cada niño, y favorecer prácticas adecuadas a sus necesidades y culturalmente competentes” (24).

Al abordar la integralidad en la salud adolescente y capitalizar los marcos legales actuales, creemos que los procesos de transición deben contemplar a todos los adolescentes, y por supuesto deben cobrar mayor énfasis en aquellos con enfermedades crónicas.

El paso del adolescente –con enfermedad crónica o sin ella– a la atención del médico de adultos no debe ser un evento, sino un proceso relacionado no necesariamente con la edad cronológica, sino con el desarrollo madurativo con aspectos psicosociales, educativos y vocacionales. Por ello, la transición comienza en pediatría pero continúa en los servicios médicos de adultos (25).

En nuestro país no existe una edad común a todos los efectores de salud para la atención de adolescentes y su transición a médicos de adultos. Una encuesta realizada en 2012 a las filiales de la Sociedad Argentina de Pediatría (26) obtuvo información del 94 % de las mismas acerca de tres puntos: ¿A qué edad pasan los adolescentes a ser atendidos por los clínicos en el ámbito público y privado? ¿Hasta qué edad los adolescentes con enfermedades crónicas son atendidos por los pediatras especialistas? ¿Cuál o cuáles de las patologías frecuentes ofrecen mayores dificultades para lograr la transición? De acuerdo con el análisis de la encuesta, la edad promedio estimada de atención en pediatría difiere según se trate del sector público o privado. En el sector público la media de edad de transición es 14,9 años, rango: 12-19 años. En el sector

privado la media de edad es de 17,7 años, rango: 14-21 años. Los especialistas atienden hasta los 18,3 años, con un rango de 14-24 años. En el sector público solamente se atiende el 20 % de los adolescentes mayores de 15 años, mientras que en el sector privado y los especialistas extienden la edad de atención a mayores de 15 años en un 87 % de los adolescentes asistidos. Respecto de las cuatro patologías que ofrecen mayores dificultades para lograr la transición, estas son las enfermedades neurológicas, las genéticas, la enfermedad fibroquística y la diabetes. Son seguidas por condiciones que incluyen el embarazo adolescente, el abuso sexual, el maltrato y las adicciones.

En una jornada SAP de 2011, se identificaron obstáculos para la transición desde el adolescente y sus familias, desde los pediatras, desde las instituciones y los sistemas, y desde los médicos de adultos (26).

Teniendo en cuenta bibliografía nacional e internacional sobre el tema, es recomendable al menos un año de trabajo conjunto de pediatras y clínicos para estimular la adherencia (27).

La mirada de los clínicos: Pascual Valdez

El mundo clínico no ha tomado una postura acerca de esta temática. Por este motivo, entre junio y agosto de 2013 se realizó una encuesta sobre la percepción de actores relevantes en la especialidad clínica médica/medicina interna (28) (por su rol en el mundo académico, universitario, societario, de gestión o profesional asistencial) en relación con la asistencia de adolescentes, cuyos ejes fueron: en asistencia profesional propia, opiniones sobre la formación curricular en grado y posgrado, aspectos que serían óptimos en la atención de adolescentes (especialistas, edad de pasaje entre los mismos, escenarios de atención, sistemas de atención, obstáculos a la transición desde pacientes, familias, instituciones, médicos pediatras y médicos clínicos), percepción de calidad de manejo por parte de los clínicos de determinadas problemáticas adolescentes.

Se seleccionaron actores relevantes especialistas en clínica médica/medicina interna que se desempeñan desde dicha especialidad en forma asistencial, de gestión y/o docente, pertenecientes a los siguientes dispositivos:

1. Sociedades científicas

- ☞ Sociedad Argentina de Medicina (SAM)
- ☞ Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (SMIBA)
- ☞ Sociedad de Medicina Interna General (SAMIG)
- ☞ Asociación de Medicina Interna de Rosario (AMIR)
- ☞ Consejo de Medicina Hospitalaria (SAM)

2. Universidades

- ☞ Universidad de Buenos Aires
- ☞ Universidad Nacional del Sur
- ☞ Universidad Nacional de La Matanza
- ☞ Universidad Nacional de Cuyo

- ☞ Universidad Nacional del Litoral
- ☞ Universidad Nacional de Córdoba

3. Ministerios de salud

- ☞ Integranes de la Comisión Consultiva de Clínica Médica del Ministerio de Salud de la Nación
- ☞ Ministerio de Salud de la Provincia de Corrientes
- ☞ Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén

4. Otras instituciones académicas

- ☞ Academia Nacional de Medicina
- ☞ Asociación Civil para la acreditación y evaluación de programas de educación de posgrado en la República Argentina (ACAP)

5. Instituciones privadas

- ☞ Representantes de OSDE (auditoría y seguimiento en internación)

Para la selección de casos, se encuestó al máximo representante de los dispositivos seleccionados, o al máximo representante del área de interés dentro del dispositivo. En el caso de las sociedades científicas, se invitó a los miembros de la Comisión Directiva.

Se abordó a 42 actores (especialistas en clínica médica), con predominio masculino (71,42 %), edad: $51,59 \pm 1,17$ años, antigüedad profesional: $26,88 \pm 1,22$ años, antigüedad en el ejercicio de la especialidad: $25,21 \pm 1,33$ años. La mediana de atención mensual de jóvenes de 12-18 años es de $4,5 \pm 3,5$ en la práctica ambulatoria y de $2,00 \pm 2,00$ en la internación.

La clasificación de los motivos de consulta es: problema de salud agudo, examen periódico de salud, certificado para actividad física, problema de salud crónico. Otros motivos de consulta relatados: anticoncepción, problemas de conducta, consulta familiar, VIH, preocupación de la madre, problemas psicológicos, emocionales, vocacionales, angustia de padres, Asignación Universal por Hijo, interrupción del embarazo. El problema de salud crónico más frecuente en algunas regiones es la epilepsia, y el problema (o síntoma) agudo más frecuente es la cefalea. A los certificados para actividad física que tradicionalmente exigen los colegios, se han sumado las consultas para las libretas de salud que se exigen para el cobro de la Asignación Universal por Hijo.

Respecto al grado, el 76,19 % opina que no está bien abordado el tema adolescencia en la medicina interna, y el 52,38 % opina que está abordado parcialmente en la pediatría. El 80,95 % y el 90,47 % opinan que debe aumentarse la carga curricular en residencias de clínica médica y en cursadas de medicina interna, respectivamente.

El ranking de especialista ideal para atención de adolescentes quedó conformado de la siguiente manera: hebiatra, clínico, generalista y pediatra. Pero al margen del ranking, hubo fuertes argumentaciones en favor de los clínicos y los generalistas; además, aceptar la presencia del hebiatra sería someter en po-

cos años a los jóvenes a dos procesos de transición. Al generalista le competen varias transiciones (desde el paciente pediátrico hasta el geriátrico) y matices de género que otras especialidades no abarcan en su práctica. El clínico debe mejorar sus competencias en la atención de adolescentes. Finalmente, los clínicos remarcaron que el hebiatra debería ser el especialista disponible como consultor de cualquiera de los otros tres frente a los problemas de adolescencia que requieran mayor profundidad de intervención.

Sobre 14 situaciones problemáticas adolescentes planteadas, la percepción sobre competencias de clínicos para resolverlas es: nada (21,25 %), poco (34,01 %), a medias (24,15 %), buena (14,96 %) y muy buena (5,44 %); los peores resultados están en aspectos psicosociales y los mejores en prevención de enfermedades de transmisión sexual. La mayoría de los actores considera que los clínicos deben mejorar sus competencias (reconociendo el déficit), que las edades taxativas de pasaje no son adecuadas y deben discutirse en cada caso en particular, y que los obstáculos a la transición deben ser dialogados entre administradores hospitalarios, la comunidad, y fundamentalmente los clínicos y pediatras, que deben establecer acuerdos.

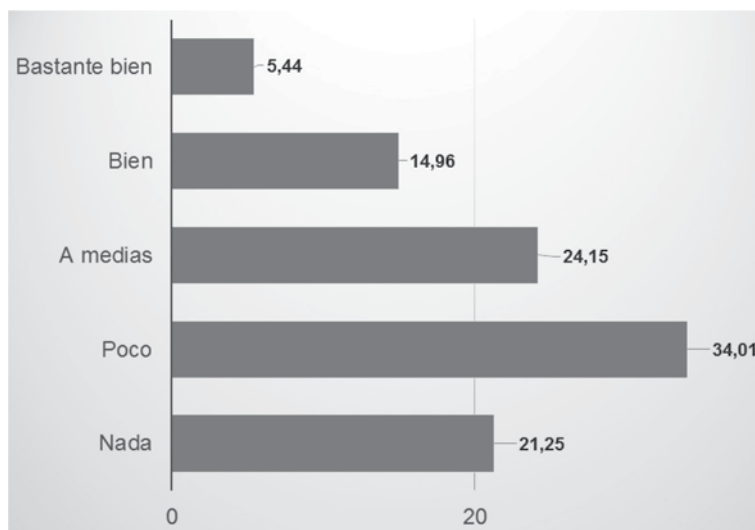
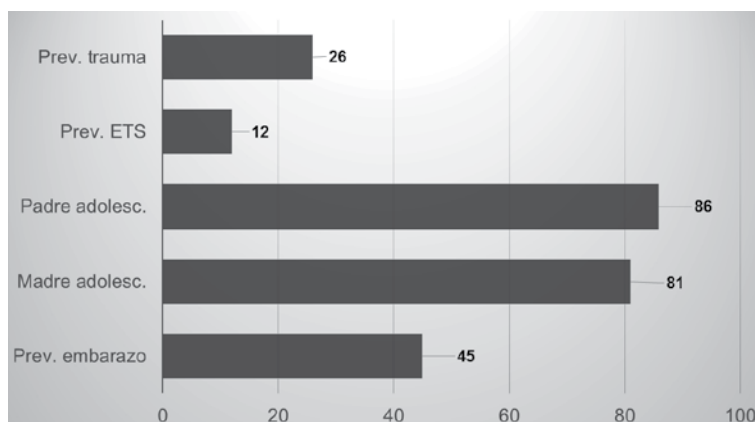
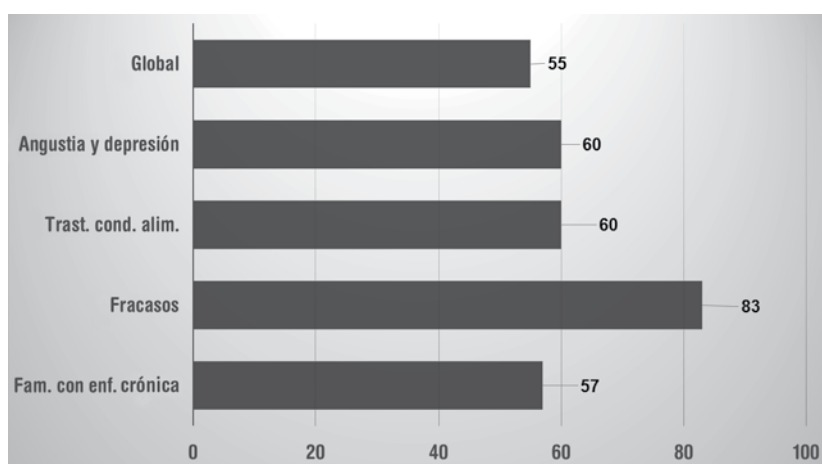
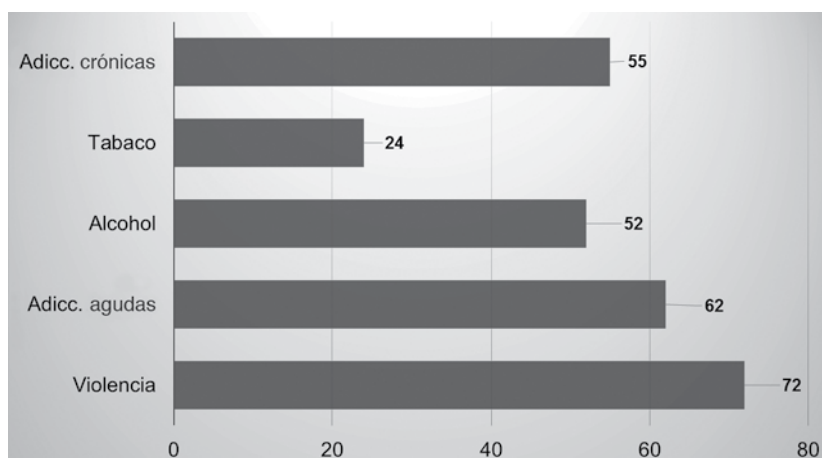


Figura 1. Preparación de los clínicos para atender problemáticas [global] (expresada en porcentajes).





Figuras 2, 3 y 4. Problemáticas donde los clínicos están poco-nada preparados (cifras expresadas en porcentajes).

En todos los casos se remarca la necesidad de capacitación de los clínicos para que adquieran competencias acordes a brindar una atención de calidad a los adolescentes. No se observa tanto inconveniente en patologías que suelen manejar en adultos (ETS, trauma) pero sí en aspectos de salud comunitaria (adicciones, violencia, abordajes psicosociales).

Se deben evitar edades taxativas de pasaje, discutirlo en cada caso con todos los actores implicados, en especial con el actor principal (el adolescente).

La edad de pasaje es variable: depende de cada sujeto, de su maduración personal, su entorno, de la composición de su familia, si es menor o mayor, las características del vínculo con su pediatra, de la edad predominante en su consulta y de su preparación en adolescencia, así como de la disponibilidad de un clínico capaz de tomar la consulta adolescente.

Los clínicos por lo general se han capacitado durante su formación en el manejo de enfermedades crónicas, por lo cual no debería generar conflicto el pasaje de dichos pacientes. Deben capacitarse en algunos cuadros específicos de la infancia que llegan a la edad adulta.

Algunos aspectos de la organización institucional vinculados a la gestión de la atención de adolescentes podrían resolverse a partir de la formación de cuerpos colegiados, donde opinen los administradores hospitalarios, los trabajadores (todos los especialistas implicados) y la comunidad.

Es fundamental el diálogo al interior del equipo de salud, pero con el diálogo entre clínicos y pediatras solo no alcanza.

Los clínicos acuerdan varios puntos del documento de la SAP, a saber:

- ☞ Planificar la transición individual guiada por la madurez emocional y el nivel de desarrollo más que por la edad cronológica.
- ☞ Preparar con suficiente tiempo al adolescente y su familia para este cambio procurando que el paciente adquiera herramientas que lo capaciten para su autocuidado teniendo en cuenta sus posibilidades específicas.
- ☞ Trabajar sobre la ansiedad que genera la separación por el traslado en el paciente, en su familia y en el pediatra.
- ☞ Armonizar la transferencia entre ambos equipos médicos favoreciendo una relación personal entre pediatra, especialista en adolescentes y jóvenes, y clínico de cabecera.
- ☞ Preparar al equipo pediátrico para una separación programada y al equipo de adultos para una recepción armónica para el joven y la familia.
- ☞ Exponer los conceptos de autocuidado a partir de los 14 años.

☞ Eliminar las diferencias entre los ámbitos de atención (público y privado), partiendo del concepto de que las diferencias existen y deben mitigarse, y que deben hacerse intentos de microgestión local contra las mismas.

☞ Generar dispositivos en las instituciones que faciliten el diálogo entre especialistas clínicos y pediatras, que se plasmen en los hechos más que en las declamaciones (ateneos conjuntos, intercambio de docentes, investigaciones conjuntas, atención conjunta, etc.).

Estas son algunas de las inequidades detectadas:

☞ Desde el punto de vista privado, el clínico tiene más tiempo en la consulta médica, y la continencia familiar es distinta en los grupos sociales con seguridad social (algunos) y con sistemas prepagos de salud.

☞ En la atención privada hay opción de elegir un médico hebiatra; en la atención pública el adolescente está en manos del pediatra y queda a la deriva en el rango de edad "problemático".

☞ En atención ambulatoria privada, las competencias de los clínicos suele ser mayor al del sistema público (al consultorio clínico en general van los "castigados").

Existen posibles obstáculos que pueden entorpecer el proceso de paso del adolescente (sano o con enfermedad crónica) del pediatra al clínico, que se han indagado en cuatro escenarios: desde los adolescentes y sus familias, el institucional, desde el pediatra y desde el clínico.

Respecto de los obstáculos desde los adolescentes y sus familias, la mayoría sitúa la resistencia a la transición por una relación médico (pediatra)-paciente de larga data y bien consolidada, más el cambio a un nuevo profesional desconocido, con posibilidad de desconfianza hacia el mismo y temor al cambio. Hay arraigo, pertenencia y confianza en un médico que conoce al paciente y su familia, en la mayoría de los casos desde el nacimiento, y finalizar una relación de confianza ayuda a la resistencia. Según algunos, esto se suma a una percepción de poco interés del clínico por la problemática del adolescente. También se consulta poco la opinión del adolescente.

Si hay buena adherencia al pediatra, el proceso de paso puede ser vivido como una pérdida. En ocasiones, los padres fueron pacientes en su infancia del mismo pediatra, por lo que tienen una confianza muy marcada en él y resisten el cambio.

Los adolescentes sanos consultan poco. Por las enfermedades banales suelen consultar al pediatra, que es a quien identifican como médico. Asumir la necesidad de controles y la transición a adultos es un proceso que actualmente los adolescentes introyectan en forma más tardía. El niño sano en general deja de concurrir a los controles en la adolescencia temprana (uno de los primeros actos de rebeldía).

La familia es vista por muchos más como aliada para la transición que como obstáculo: suelen ser los padres quienes llevan a los hijos a los clínicos. Para los padres suelen ser difíciles todos los aspectos que hacen a la emancipación de los hijos, y si han tenido problemas de salud mucho más. Se llega al extremo cuando se trata de enfermedades crónicas. Salvo en los discapacitados muy dependientes, la transición siempre implica reconocer la autonomía, y es difícil que eso sea gradual. Los adolescentes reclaman la autonomía pero no las responsabilidades, y en cuestiones de salud/enfermedad estas últimas suelen ser condicionantes muy importantes de la evolución.

Desde las instituciones como obstáculos se destacan la falta de comunicación entre los distintos ámbitos de atención, y la tensión entre la falta de definición de una edad límite y la edad taxativa, impuesta "por decisión institucional". La presencia de normas rígidas puede colisionar con las preferencias de los pacientes y sus familiares con respecto a pequeños ajustes en la oportunidad de cambio. En las salas de internación y las salas de espera de los consultorios, los adolescentes (en especial los sanos) son una minoría que puede sentirse muy desubicada. Mezclado con infantes puede sentir que es tratado como uno de ellos, y mezclado con adultos (algunos muy enfermos) puede sentirse extraño, incómodo o intimidado. Las

instituciones que mejor podrían adaptarse para su atención son los centros de atención primaria de la salud (CAPS). Para los hospitales esto es muy difícil. Aun en los hospitales generales, las áreas pediátricas y de adultos tienen poco o ningún contacto entre sí.

Se encuentra que:

- ☞ Las instituciones (hospitales) en la mayoría de los casos atienden a niños o adultos, y no se cuenta con servicio de médicos hebiatras.
- ☞ Hay necesidad de límites claros en el manejo administrativo.
- ☞ Falta de un lugar donde realizar la consulta.
- ☞ Falta de ofertas de prestaciones de salud hacia los adolescentes.
- ☞ Derivación brusca, sólo porque corrió el calendario, sin tener en cuenta el desarrollo del paciente.
- ☞ Falta de procesos.
- ☞ Falta de estrategias de asistencia de las etapas de la vida.
- ☞ En algunos lugares se logran establecer reglas sobre a qué grupos de edad atiende cada especialidad o se crean consultorios específicos y no se puede concurrir a otros profesionales.
- ☞ El paciente sano encuentra pocos inconvenientes, pero el que tiene enfermedades crónicas entra en un terreno donde las instituciones se niegan a hacerse cargo catalogando las enfermedades como "preexistentes".
- ☞ Hay discontinuidad de la historia clínica, fragmentación del cuidado. Las historias clínicas deben ser únicas a lo largo de la vida, comenzar con el control de embarazo, el parto, la infancia, la adolescencia, el adulto joven, la adultez y luego la tercera y la cuarta edad.
- ☞ Ausencia de suficiente oferta profesional en la especialidad adolescencia en la salud privada.
- ☞ Ausencia o no existencia de esta especialidad en el ámbito público. Desinterés y mala formación de especialistas clínicos que trabajan en atención ambulatoria en el ámbito público.
- ☞ Falta de comunicación entre profesionales.
- ☞ Aspecto más crítico en la unidad de cuidados intensivos.

Desde los médicos pediatras impresiona que la actitud de la pediatría es extender la atención a edades cada vez más avanzadas. Se advierten como obstáculos que:

- ☞ Mientras la institución y la obra social lo permita, el pediatra sigue viendo al paciente.
- ☞ No se trabaja en equipo con clínicos a quienes derivar la continuidad de la atención, según un plan acordado de transición.
- ☞ Hay falta de comunicación con otro nivel de atención y de estructuras facilitadoras.
- ☞ Existe resistencia a dejar sus pacientes.
- ☞ Hay desconocimiento del nuevo profesional y falta de confianza en su labor.
- ☞ Se superponen aspectos emocionales.
- ☞ Existe apego a los pacientes, aunque al crecer estos comienzan a tener problemas e inquietudes que el pediatra no está habituado a manejar.

- ☞ Hay resistencia por “defensa territorial” de pertinencias; temor a perder “clientela”.
- ☞ Se observa carencia del saber en las distintas materias (a pesar de saber más que otras especialidades).
- ☞ Dificultades en la derivación de pacientes crónicos.
- ☞ Falta de reconocimiento del proceso de maduración psicobiológica por parte de algunos profesionales.

Desde los médicos clínicos se observa como obstáculo un mayoritario consenso acerca de la falta de competencia en temáticas prevalentes en la adolescencia. En general, poseen escasa formación académica sobre este tipo de pacientes, a los que tratan de acuerdo con su experiencia personal cuando eran adolescentes o, lo que es peor, con las pautas generales de la atención de adultos.

Ante el paso de una especialidad a otra, el clínico se encuentra con un paciente del que muchas veces no conoce la historia clínica (que en el caso de una enfermedad crónica, sobre todo, es importantísima) y además se encuentra con un paciente que “ha perdido a su médico” (pediatra) solamente por haber cumplido determinada edad, y no por decisión propia.

Conclusiones

Los clínicos consideramos que en la mayoría de los casos, a partir de los 14 años los adolescentes sanos deberían acceder a un modelo de relación médico-paciente que privilegie su autonomía y responsabilidad en el autocuidado (que debería ser el modelo clínico, y que en ese aspecto tiene una diferencia categórica con el pediátrico); no se debe tomar una edad taxativa de pasaje. El pasaje puede ser al clínico o al generalista (no encontramos argumentos de peso para los hebiatras). La historia clínica debería estar unificada, y pasar del pediatra al clínico y de este al profesional que atiende al adulto mayor.

Dado que por su formación el clínico es un “experto” en enfermedades crónicas, no hay dificultad en que se asuma como médico de cabecera desde los 14-16 años del paciente, acompañando la transición paralela que acordarán entre el especialista infantil y el de adultos.

También hay que tener en cuenta que la formación del especialista de adultos hace que sea habitualmente menos “continente”, y esto también depende de si se trata de una patología crónica frecuente (p. ej., asma) o menos común en adultos (p. ej., fibrosis quística).

La creación de la Comisión Consultiva de Clínica Médica, en el ámbito de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, es una acción enmarcada en el proyecto de normalizar el perfil del egresado en la especialidad de clínica médica, para lo cual generó el Marco de Referencia para la Formación en Residencias de Clínica Médica (29). La Comisión de Clínica Médica se constituyó y comenzó a funcionar en octubre de 2011, y emitió su documento final en julio 2013. La competencia general enunciada es:

El clínico es el profesional capaz de brindar y coordinar cuidados médicos a la persona desde la adolescencia a la vejez, en las

distintas etapas del proceso de salud-enfermedad-atención, promoviendo y protegiendo su salud, identificando e implementando estrategias de abordaje de sus problemas de salud-enfermedad en forma eficaz, eficiente, ética y con sentido humanístico. Para ello tiene en cuenta el método clínico, la visión integral e integrada del individuo y su acompañamiento y seguimiento longitudinal, actuando como referente de su cuidado.

Como corolario quedan tres sugerencias o propuestas que deberían ser tomadas en consideración en el momento de evaluar esta temática:

1. El mejor camino es aquel en el que una interacción intersocietades brinde recomendaciones acerca del abordaje adecuado.
2. Del mismo modo se debería disponer de estadísticas que nos permitan reconocer aspectos de conocimiento que deberíamos reforzar.
3. El tema debería estar en la agenda de jornadas, congresos, etc.

La mirada del hebiatra: Carlos Sanz

La adolescencia es el momento del ciclo de vida entre la niñez y la edad adulta, con múltiples cambios en los aspectos físico, psicológico y social, con características y circunstancias que le son propias y que se van modelando de acuerdo con determinantes socioculturales y económicos. Desde la edad, comprende la franja que va desde los 10 a los 19 años.

En la segunda mitad del siglo XX se dieron un conjunto de cambios que estimularon el interés en la atención médica de los adolescentes:

- ☞ Los cambios demográficos y sociales hicieron que el adolescente se hiciera visible y se transformase en un objeto de preocupación.
- ☞ Los conceptos de *salud pública* estimularon la transferencia de recursos del área de la medicina curativa al área de la medicina preventiva y la rehabilitación.
- ☞ La investigación científica produjo importante información acerca de la biología de la pubertad y el desarrollo psicosocial durante la adolescencia.

Bajo estas circunstancias nos surge el siguiente interrogante: ¿Quién atiende al adolescente? El “paciente adolescente”, desde ya, es una abstracción, dado que hay dentro de dicho colectivo marcadas diferencias individuales, dadas por la edad, el estadio de maduración, el género, la clase social, la etnia, el estado de salud, etc. Sin embargo, todos los adolescentes tienen algo en común: están viviendo lo que Peter Bloss nombró como “el segundo período de individuación”. Por lo tanto, deben cumplir con la tarea de elaborar la propia identidad y desarrollar el propio sistema de valores. Es dentro de este contexto donde los adolescentes son nuestros pacientes. También “el médico que ve adolescentes” es una abstracción, pues existen indudables diferencias de enfoque según la formación, además de diferencias de género, de temperamento, de experiencia, que también van a impactar sobre la relación con el paciente joven.

Sin embargo, pese a haber tantas diferencias, todos los médicos poseen algo en común: la obligación de beneficiar a sus pacientes. Es así como no hay contradicción en proveer atención a los adolescentes desde perspectivas tan diversas como la medicina general, la pediatría, la medicina de la adolescencia, etc., dado que las diversas disciplinas se complementan. La atención del adolescente pertenece a todos aquellos que se interesan genuinamente por él como persona en primer lugar, por su problemática y también por su familia y su entorno. No se trata, por supuesto, de preconizar una fragmentación de servicios sino de integrar los distintos talentos y de encontrar un lenguaje común a través de programas de capacitación, cursos, jornadas, congresos y publicaciones.

¿Cómo debe enfocarse la compleja tarea de proveer cuidados médicos adecuados a la población adolescente?

Hay tres aspectos por considerar.

☞ En primer lugar, los adolescentes frecuentemente se sienten intimidados al compartir secciones dedicadas a adultos, e irritados al compartir salas de espera pediátricas. Muchos de los jóvenes que consultan piden confidencialidad y a menudo evitarán usar los mismos servicios de atención médica donde asiste su familia ya sea por el riesgo de divulgación del “secreto” o por su afán de individuación de los padres. Por lo tanto, debe crearse un espacio para la atención de adolescentes que tenga algunas características indispensables:

Accesibilidad, privacidad, integralidad y enfoque de género en la atención, actitud positiva del personal, respeto del marco legal vigente. La falta de infraestructura no puede ser un limitante para la instalación de un espacio de atención amigable. En estos casos, un consultorio en un sector del hospital y/o centro de salud que cuente con las condiciones descritas servirá para iniciar la atención.

☞ En segundo lugar, para poder atender a adolescentes, se necesita un perfil de profesional que reúna ciertos requisitos, y resulta necesario que el mismo reflexione sobre algunos aspectos de su práctica cotidiana formulándose algunas preguntas:

☞ ¿Tengo una formación clínica correcta y sólida en aspectos somáticos y psicológicos?

Es imprescindible haber incorporado las competencias necesarias para realizar un adecuado diagnóstico biopsicosocial y atender la demanda de salud integralmente.

☞ ¿Me siento cómodo y a gusto atendiendo a adolescentes? El recordar la propia adolescencia puede ayudar a los profesionales a empatizar con los adolescentes. Si el profesional no tiene empatía con los jóvenes, mejor derivar la asistencia a quien sí la tenga.

☞ ¿Tengo capacidad para trabajar en un verdadero equipo interdisciplinario, aceptando la responsabilidad de

seguir siendo el médico de referencia de un paciente adolescente?

La interdisciplina es una actitud que “debe estar en la cabeza”. Ante la falta de profesionales se debe conformar una red de atención con otras disciplinas afines aunque no se comparta el mismo ambiente.

☞ ¿Acepto la necesidad de formación continua y de seguir los cambios que tienen lugar en la sociedad y en el perfil de los adolescentes?

Al abrir una historia clínica con un adolescente, el médico establece una relación humana que puede tener momentos cognoscitivos, momentos afectivos, momentos operativos y momentos éticos. Su perfil, por ende, debe incluir la capacidad de adaptabilidad, de trabajar teniendo en cuenta una variedad de modelos de intervención. Tendrá que adaptar el modelo según dónde se encuentre el adolescente en su trayectoria.

☞ ¿He sido capaz de elaborar mi propia historia personal, de manera de estar en condiciones de encarar los problemas cotidianos (sexualidad, violencia, drogas) con madurez y equilibrio?

Es muy importante evitar la proyección de los propios conflictos de una adolescencia mal resuelta sobre el adolescente que tenemos enfrente, transfiriéndole preconceptos, frustraciones o miedos (30).

☞ En tercer lugar, debemos considerar la entrevista como el instrumento más útil con el que cuenta el profesional para evaluar a un adolescente. Lo que realmente cuenta es la manera como el médico habla con él y lo trata.

A pesar de las buenas intenciones, existen circunstancias que pueden entorpecer la atención del joven y su familia, y llevar a que la entrevista no sea fructífera:

☞ *Médico aliado del adolescente*: ocurre cuando el médico adopta una actitud de rechazo hacia ciertos padres rígidos, acosadores o abandonicos. No se debe caer en la tentación de asumir el papel de padre sustituto o salvador.

☞ *Médico aliado de los padres*: va a ser vivida por el joven como una alianza con quienes no lo comprenden. Se cierra toda posibilidad de ayuda.

☞ *Médico como “tío que da consejos”*: “no hagas” “no pruebes”. Para consejos morales le sobran los de sus padres. El juzgamiento o enjuiciamiento no son eficaces.

☞ *Médico con “temas por resolver”*: si no ha elaborado previamente sus prejuicios o sus vivencias personales conflictivas la consulta será un fracaso. Esto puede ocurrirle a un médico joven inmerso todavía en conflictos de su adolescencia tardía o a un médico mayor

cursando una etapa conflictiva con hijos adolescentes problemáticos.

➤ *Médico “compinche”*: es importante ser amigable y comprensivo, pero el adolescente no necesita un amigo. Busca un adulto con autoridad. Las estrategias de complicidad y amiguismo resultan inútiles.

➤ *Médico “travestido”*: no es necesario que el profesional actúe, se vista, o hable como un adolescente para que la comunicación sea exitosa. Es necesario que conozca las frases de la jerga adolescente y no debe dudar en preguntar el significado de los giros idiomáticos que desconozca (31).

¿Cuál debería, por lo tanto, ser el perfil del médico capaz de acercarse al adolescente?

Desde hace ya muchos años, los adolescentes han estado buscando, sin saberlo claramente, un lugar en nuestras estructuras de atención médica, y existen barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud.

¿Qué obstáculos dificultan la atención de los adolescentes?

DESDE LO INSTITUCIONAL / SISTEMA

- ☞ Ausencia de servicios accesibles de calidad que reconozcan sus necesidades específicas y sus demandas.
- ☞ Falta de lugares adecuados para la internación y de salas de espera diferenciadas.
- ☞ Dificultad en considerar normas de confidencialidad, autonomía, enfoque de género.
- ☞ Intervenciones aleatorias, improvisadas, individuales y no integrales.

DESDE LOS MÉDICOS DE ADULTOS

- ☞ Falta de entrenamiento para trabajar con jóvenes con la expectativa de encontrar alguien independiente que se autoabastece.
- ☞ Falta de hábito de incorporar a la familia en la atención.
- ☞ Mayor experiencia en tratar involución/vejez que desarrollo.
- ☞ Mayor tendencia a trabajar de manera multidisciplinaria antes que con equipos interdisciplinarios.

DESDE EL ADOLESCENTE / FAMILIA

- ☞ Falta de conocimientos sobre los recursos sanitarios a donde puede acudir.
- ☞ Baja adherencia al tratamiento.
- ☞ Negación o infravaloración de sus problemas de salud retrasando la consulta sobre los mismos.
- ☞ Existencia de algún grado de resistencia familiar a que el adolescente tome su propio control y ejerza su autonomía.

De la consideración de estas barreras se ha derivado el interés que tiene la atención específica al adolescente y la organización de servicios básicos de atención a su salud física y mental.

¿Qué herramientas fueron surgiendo para superar estos obstáculos?

DESDE EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN

- ☞ La creación del primer centro para adolescentes en América Latina en 1957 en el Hospital Rawson por la doctora Nydia Gómez Ferrarotti, hasta la creación en 2008 del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires) que involucra a todos los efectores del sistema público de salud que atienden a adolescentes, ya sean hospitales generales de agudos, especializados, así como centros de salud y acción comunitaria.

DESDE LO FORMATIVO

- ☞ La creación en 1977 de la Comisión de Estudios Permanentes del Adolescente (CEPA) en la Sociedad Argentina de Pediatría, donde se trabajan temas referidos a la atención integral del adolescente a través de jornadas, encuentros ampliados, elaboración de consensos, etc.

DESDE LO ACADÉMICO

- ☞ En octubre de 1992 se llevó a cabo el primer Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente, que en mayo de 2013 celebró su 8º Congreso.
- ☞ En agosto de 1993 se aprobó el Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente, que despliega lineamientos generales para la atención a través de guías, capacitaciones, etc.
- ☞ La Residencia Posbásica en Salud Integral del Adolescente (articulada como posbásica de pediatría o de medicina general y familiar) permite una capacitación en servicio donde se aprende viendo, escuchando y aplicando saberes que le permitirán al egresado realizar una adecuada atención de adolescentes en ámbitos ambulatorios y de internación. La residencia capacita profesionales desde 2006 y se desarrolla actualmente en los hospitales Argerich, Elizalde y Gutiérrez.

La realidad fue demostrando que el modelo de atención no reconocía en su totalidad las necesidades específicas de los adolescentes. A fin de mejorar el acceso de los mismos, resultó necesario generar una oferta de servicios de calidad para este grupo poblacional. Para reorientar el abordaje de los servicios de salud con el fin señalado, se planteó la importancia de mejorar las habilidades de los proveedores, que cumplieran determinadas competencias consideradas esenciales.

Se alcanzó así, en 2013, el reconocimiento de la Especialidad en Medicina del Adolescente, que certifica a los profesionales que atienden específicamente a los adolescentes. Como en toda otra especialidad, esta también tiene un perfil claramente definido, con los atributos y conductas específicas de aplicación

ya mencionados. La existencia de la especialidad no descarta que médicos pediatras, generalistas y clínicos puedan atender a adolescentes, sino que identifica a aquellos que a través de servicios o áreas de atención de adolescentes se dedican a la atención exclusiva de este grupo etario. Ello facilita la adquisición de experiencias transmisibles a otros profesionales que atienden adolescentes.

Conclusiones

Deben quedar claros por lo menos dos aspectos:

1. Los pediatras, generalistas y clínicos que aborden la salud adolescente deben desarrollar las condiciones necesarias y competencias imprescindibles que configuran el perfil del trabajador de salud apto para atender a pacientes de este grupo etario.
2. Las carencias del sistema y la especificidad de las necesidades de los/as adolescentes, los obstáculos (institucionales, profesionales) y el desinterés o el “escaparle” a la atención de la población joven han generado la necesidad de expertos en la atención diferenciada de adolescentes.

Bibliografía

1. Krauskopf D. *Participación social y desarrollo en la adolescencia*. UNFPA. Costa Rica. 2ª edición; 2000
2. Guías de Recomendaciones para la Atención Integral de Adolescentes en Espacios de Salud Amigables y de Calidad. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina; 2010
3. Vaucheret G. “Supervisión de la Salud del Adolescente”, Programa Nacional de Actualización Pediátrica Pronap 2002 módulo 4º año; 2002;47-73
4. Repaske D, Handwerker S. Making the transition from pediatric to adult endocrinology services. *Nature clinical practice. Endocrinol Metabolism* 2008;4:9
5. Lotstein DS, et al. Transition planning for youth with special health care needs: results from the National Survey of Children with Special Health Care Needs. *Pediatrics* 2005;115:1562-8
6. Pacaud D, et al. Problems in transition from pediatric care to adult care for individuals with diabetes. *Can J Diabetes* 2005;29:13-8
7. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol* 2000;55:469-80
8. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. A Consensus Statement on Health Care Transitions for Young Adults with Special Health Care Needs. *Pediatrics* 2002;110(6)
9. Lizama M, Ávalos M, Vargas N, y col.; Comité NANEAS Sociedad Chilena de Pediatría. Transición al cuidado de la vida adulta, de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud: recomendaciones del comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev Chil Pediatr* 2011;82(3):238-44
10. American Academy of Pediatrics. Family Pediatrics: Report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 2003;111:1541-71
11. De Cunto CL. Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto. *Arch Argent Pediatr* 2012;110 (4):341-347.
12. Perea-Martínez A, López-Navarrete GE, Carbajal-Rodríguez L y col. Transferencia y transición. De la medicina del adolescente a la medicina del adulto. *Acta Pediatr Mex* 2011;32(5):302-8
13. Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes. Programa Nacional de Salud Integral de los Adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación
14. Braschi M. Emergencias toxicológicas por sustancias de abuso: ¿cómo realizar el diagnóstico y el tratamiento inicial en la guardia? *Rev Hosp Niños (B Aires)* 2007;49(225):267-78
15. Ley Básica de Salud N°153. Ciudad Autónoma de Buenos Aires
16. Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Sistema de Salud Argentino
17. Sistema de Salud Argentino del Posgrado Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud de la Nación. 1ª Argentina: 2005;35-66
18. Doug M, Adi Y, Williams J, et al. Transition to adult services for children and young people with palliative care needs: a systematic review. *Arch Dis Child* 2011;96:78-84
19. Clarizia N, Chahal N, Manlhiot C, et al. Transition to adult health care for adolescents and young adults with congenital heart disease: Perspectives of the patient, parent and health care provider. *Can J Cardiol* 2009;25(9):e317-e322
20. Scal P, Ireland M. Addressing transition to adult health care for adolescents with special health care needs. *Pediatrics* 2005;115:1607-12
21. Rosen D. Between two worlds: bridging the cultures of child health and adult medicine. *J Adolescent Health* 1995;17:10-6
22. Reiss J, Gibson R, Walker L. Health care transition: youth, family and provider perspectives. *Pediatrics* 2005;115:112-20
23. Transition to adult health care for adolescent and young adults with chronic conditions. Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolescent Health* 2003;33:309-11
24. Roizen M, Figueroa C, Salvia L y Comité de Calidad de vida y salud. Calidad de vida relacionada con la salud en niños con enfermedades crónicas: comparación de la visión de los niños, sus padres y sus médicos. *Arch Argent Pediatr* 2007;105:305-13
25. Miller AR, Condin CJ, McKellin WH, et al. Continuity of care for children with complex chronic health conditions: parent's perspectives. *BMC Health Serv Res* 2009;9:242
26. www.sap.org.ar
27. Weissbrod P, Espada G., Heikier K y col. Transición de jóvenes con enfermedades reumáticas hacia la vida adulta: encuesta a pacientes, padres y médicos (Resumen). Sociedad Argentina de Pediatría. 33º Congreso Argentino de Pediatría: de lo prevalente, lo prevenible: libro de resúmenes 2003 Oct.1-4; Mar del Plata, Argentina; 2003. P. 200. SP 599
28. Valdez P y grupo de trabajo sobre atención clínica del adolescente. ¿Quién atiende al adolescente? Para los clínicos el futuro llegó... hace rato. Libro de resúmenes del II Congreso Internacional de Clínica Médica y Medicina Interna – II Congreso Argentino de Clínica Médica- Medicina Interna - XXI Congreso Nacional de Medicina. Sociedad Argentina de Medicina; 2013
29. Valdez P, Avila C, Baldessari E y col. Marco de referencia para la formación en residencias médicas. Ministerio de Salud de la Nación. Especialidad Clínica Médica; julio de 2013
30. Neinstein LS. *Adolescent Health Care, a practical guide*. 3rd edition, Williams y Wilkins; 1996
31. Mc Anarney E, Kreipe R, Orr D, Comerci G. Medicina del adolescente. 1ª edición. Ed. Panamericana; 1997
32. Ehrenbock R, Vukasovic JB. Características del médico y los profesionales que atienden adolescentes. En: *Atención integral de adolescentes y jóvenes. Criterios de diagnóstico y tratamiento*. Sociedad Argentina de Pediatría; 1990