



## INTRODUCCION

Durante los decenios de 1960 y 1970 se registró un paulatino aumento de la conciencia del público estadounidense respecto de los adolescentes. Estos jóvenes, que ya no se encuentran estrictamente en la infancia pero que aún no están adecuadamente preparados para incorporarse al mundo de los adultos, han adquirido una identidad propia como grupo de población que busca la madurez emocional y social de acuerdo con sus propias condiciones. Este fenómeno de identidad propia no se limita a los Estados Unidos de América. Se observa en la mayor parte de los países donde el nivel de riqueza permite una prolongación de la situación de dependencia más allá del período de la pubertad.<sup>(1)</sup>

Los cálculos correspondientes a 1972 realizados por la Oficina Censal de los Estados Unidos de América muestran que el 45o/o de los 209 millones de habitantes del país tenían menos de 25 años de edad. Dentro de esta categoría, había 42 millones entre los 10 y los 19 años, que podían calificarse inequívocamente de adolescentes. Las proyecciones de las tendencias actuales indican que el número de adolescentes en los Estados Unidos de América puede llegar a 54 millones para el año 2000.

¿Cuáles son las perspectivas de que se disponga de atención médica de alta calidad para los adolescentes estadounidenses a fines del decenio de 1970 y durante el resto del siglo XX?

En el decenio de 1970, las ciudades interiores tienen demasiado pocos médicos y muchas zonas rurales carecen totalmente de ellos. Aun en las comunidades en las que la relación médico-habitantes es más favorable, puede ser difícil para los adolescentes lograr atención médica adecuada. En consecuencia, debe considerarse que los adolescentes estadounidenses, ya procedan de hogares ricos o de hogares pobres, no cuentan con servicios médicos adecuados.

El suministro de atención médica para el sector adolescente de la población estadounidense ha recibido solamente mínima atención por diferentes razones. En general, los adolescentes se han considerado un grupo esencialmente sano cuyos miembros requieren muy poco de la profesión médica. Aparte de las situaciones de emergencia, generalmente no solicitan atención entre la época de la última visita al pediatra —que tradicionalmente se realiza a los 12 años de edad— y la edad adulta. Muchos profesionales de la salud no han establecido una relación con el paciente adolescente porque no se les ha preparado adecuadamente para tratar los problemas y las complicaciones que se derivan de estilos de vida no convencionales. Las barreras financieras, los requisitos relativos al consentimiento de los padres, y otras medidas burocráticas restrictivas a menudo desalientan a los adolescentes de asistir a una clínica o a un hospital.

En el pasado, los adolescentes recibían atención en clínicas pediátricas donde a menudo se sentían demasiado crecidos o fuera de lugar entre pacientes mucho menores. La otra alternativa era la clínica o la sala para adultos, donde los adolescentes se veían expuestos a menudo a espectáculos y sonidos asociados con enfermedades graves y con el proceso de fallecimiento. En ese medio el adolescente se sentía aún más aislado.

En el decenio de 1950 comenzaron a reconocerse las necesidades especiales de salud de los adolescentes. Uno de los precursores fue el Dr. Roswell Gallagher, un internista de Boston, que en sus trabajos y en sus clases señaló a la atención de los problemas médicos peculiares de los adolescentes.<sup>(2)</sup> El Dr. Gallagher sostenía que los adolescentes debían contar con el apoyo y la compañía de sus contemporáneos cuando recibían atención médica.

Adoptando esta idea, varios organismos de salud abrieron clínicas para pacientes ambulatorios, adolescentes que se centraban en las enfermedades prevalentes en este grupo de edad —reumatismo cardíaco, diabetes, y nefritis crónica, por ejemplo—. Estas clínicas tuvieron mucho éxito.

En relación con el adolescente que requería hospitalización, una respuesta posible al dilema del aislamiento pareció ser la creación de una unidad para adolescentes hospitalizados. Esa unidad se inauguró en 1951 en el Hospital de Niños de Washington, D.C., bajo la dirección del Dr. Milton Greenberg y el Dr. William Burdick. También tuvo mucho éxito porque redujo las consecuencias emocionales de la hospitalización.

Los centros médicos de todos los Estados Unidos de América pronto siguieron estos primeros ejemplos y ampliaron sus departamentos pediátricos para incluir instalaciones especiales para los adolescentes. Igualmente los servicios hospitalarios respondieron en formas más positivas a las necesidades médicas de los adolescentes.

Inicialmente, el intenso interés en el adolescente y su salud se limitó al medio académico. Sin embargo, a medida que los pediatras cuyo adiestramiento había incluido los problemas médicos de los adolescentes entraban a practicar en la comunidad, ofrecieron sus servicios a los adolescentes. Gradualmente, los médicos generales, los internistas y otros ampliaron sus servicios para incluirlos.

Durante el decenio de 1950 se adquirió cada vez más conciencia del significado del rápido crecimiento durante la adolescencia. Ello llevó a un nuevo concepto de los cambios fisiológicos que ocurren al final de la niñez y al reconocimiento de que un adolescente debe considerarse en su nivel de maduración y no en su edad cronológica.

Entre 1965 y 1975, las necesidades de salud de los adolescentes sobrepasaron los servicios existentes tanto en volumen como en alcance. Aún no existe un sistema satisfactorio de atención médica en los Estados Unidos de América, y son pocos los adolescentes que reciben atención médica apropiada o adecuada.

Aun dentro de una misma clínica, escuela o departamento de salud, los servicios tienden a ser excesivamente fragmentados. Muchos pacientes adolescentes flotan a la deriva a través de los recursos de una organización, dejando tras de sí un rastro de pruebas y procedimientos sin interpretar. Es raro que toda la información sobre un paciente se coordine en un perfil de salud individual que pueda servir de base para un plan amplio de atención médica.

El no reconocimiento del paciente como ser humano resulta particularmente ofensivo para los adolescentes, quienes son casi por definición extremadamente sensibles a la violación real o supuesta de su derecho al respeto y la consideración individuales. Una barrera conexas para la atención médica de calidad es la renuencia de muchos adolescentes a plantear problemas de salud a un médico o a un servicio que tenga relación con sus padres, que podrían poner coto a la independencia por la que lucha la mayor parte de ellos.

El concepto de medicina para el adolescente ha cambiado de una atención médica basada en el hospital y encaminada a adolescentes con enfermedades diagnosticadas, a una atención amplia de adolescentes generalmente sanos dentro de una comunidad. Este concepto incluye la atención primaria, abundancia de educación en salud y servicios preventivos.

Todos los jóvenes merecen atención médica buena y comprensiva, sean los jóvenes

negros, blancos, hispanos, indios u orientales; provengan de un medio pobre, de la clase media o de familias ricas; vivan en zonas rurales, urbanas, suburbanas o en pueblos pequeños; asistan a la escuela, integren la fuerza de trabajo o estén desempleados.

Es menester proporcionar más servicios, diferentes y apropiadamente distribuidos para que los adolescentes no sólo experimenten la ausencia de enfermedades sino que gocen de los beneficios de la buena salud.