

Consejería a adolescentes: descripción epidemiológica y motivos de consulta

Teresa Millán K^a, Iván Morera M^b, Nelson A. Vargas C.

Teenager counselling in primary care

Background: Teenager counseling to recognize risks and reinforce strengths is carried out in a primary care outpatient clinic since 2003. **Aim:** To describe the epidemiology and causes for consultation in this teenage counseling program. **Material and methods:** Retrospective review of the records of 116 teenagers (median age 13 years, 67% females) that received teenager counseling. **Results:** Seventy percent of women and 50% of men came from nuclear families. More than two thirds were primogenital. Most adolescents were accompanied by their mother, that were the main adult raw model. Fifty percent had dysfunctional families. All were attending school regularly and 21% of women and 29% of men had repeated a school level. Sixty eight percent of women and 62% of men declared to have a life project. Twenty percent were worried about their physical appearance. Seventy seven percent of women and 62% of men considered themselves as "happy". Thirty six percent of women and 14% of men smoked. The figures for alcohol consumption were 21% and 14%, respectively. The causes for consultation were obesity, overweight, unspecific symptoms, behavioral problems, bad school achievement, communication problems or pregnancy. Reasons for counseling were family dysfunction, low self esteem, bad school achievement and information about sexuality. **Conclusions:** The information obtained could help to improve the interdisciplinary work and to coordinate counseling with the family and schools (Rev Méd Chile 2007; 135: 457-63).
(Key words: Adolescent; Counseling; Primary healthcare)

Recibido el 9 de junio, 2006. Aceptado el 22 de agosto, 2006.

Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

^aMatrona

^bMédico en Estadía de Capacitación

En la última década han emergido perspectivas que cambian el paradigma de la adolescencia como una edad de riesgo/problema, por otra centrada en el adolescente como actor protagónico, reconociendo riesgos y construyendo sobre sus fortalezas. De igual manera, la evolución conceptual de la adolescencia, la ha configurado como una edad con baja frecuencia de patología

biológica, cuyos problemas –multicausales– están directamente relacionados con las conductas. Esta perspectiva considera que muchas patologías de la edad adulta tienen su origen en el comportamiento adquirido durante esta etapa. Es una época donde «se corren riesgos», hecho incentivado por la sensación de invulnerabilidad propia de la edad¹⁻⁶.

En este contexto, las estrategias de promoción de la salud con atención integral y participativa, buscan prevenir riesgos fortaleciendo las habilidades y el potencial de los jóvenes⁶⁻⁸.

Correspondencia a: Teresa Millán K. Avenida Las Palmeras 299, Interior Quinta Normal, Santiago. Casilla 33052. Correo 33. Teléfonos: 6816630-6816298. E mail: tmillan@med.uchile.cl

Así surge la consejería adolescente (CA), estrategia educativa que busca la adopción de cambios voluntarios en la conducta, con un impacto positivo en salud, sin olvidar los determinantes sociales y culturales de las conductas humanas. Es una de las actividades propuesta por las guías preventivas de Estados Unidos de Norteamérica y Canadá. Éstas recomiendan realizar consejería en tabaquismo, dieta limitada en grasas y colesterol y rica en fibra, actividad física, accidentes del tránsito, drogadicción/alcoholismo, embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual y salud oral¹⁻³.

Investigaciones avalan que dejar de fumar disminuye en 50% la mortalidad a 15 años en tabaquistas y la sola recomendación logra 5% de abandono del hábito tabáquico a un año³.

La consejería es considerada un elemento de la educación para transmitir conocimientos sobre salud y enfermedad, desarrollar habilidades en el cuidado de éstas y promover cambios conductuales hacia estilos de vida saludables. La CA incluye dar apoyo, proveer información para ver claramente los temas de salud, corregir creencias que interfieren en el cuidado, aliviar temores ayudando al autocuidado y, muy especialmente, apoyar en la toma de decisiones para despejar situaciones y enfrentar de mejor manera su futuro¹⁰⁻¹³. Naturalmente, debe contribuir a la formulación de proyectos de vida.

Sus pilares básicos son: acoger, escuchar y orientar. Estos roles deberían, en lo ideal, poder ser realizados por todo profesional, reconociendo la necesidad de características personales especiales en éste para brindar una comunicación efectiva; en un clima de mucho respeto, privacidad y confidencialidad.

En la CA, el protagonista principal y central es «la o el adolescente» en cualquiera de sus edades: temprana (10 a 12 años), media (13 a 14 años) o tardía (15 a 19 años). Dependiendo de la edad, parte de la CA se realizará en compañía de un adulto, padre, madre o familiar, respetando la confidencialidad, sólo vulnerada en situaciones que atenten contra la integridad vital. Lo anterior se basa en el respeto del principio ético de autonomía, de quien ya no es niño/a y será claramente explicitado al adolescente y adulto que lo acompaña, al iniciar la consejería.

Toda la información entregada a través de la CA tiene como objetivo generar o cambiar con-

ductas, razón por la cual se propone utilizar como guía el modelo individual del cambio conductual de Prochaska¹³. Éste postula que las personas que logran cambios intencionales en sus conductas habituales, lo consiguen a través de un proceso con cinco etapas progresivas (Figura 1). Dos razones justifican emplear este modelo: la primera, determinar en qué etapa del cambio se encuentra el joven, para orientarlo de mejor manera, y la segunda, disminuir la desconfianza y frustración que muchas veces suele ocurrir frente al retroceso del cambio conductual.

En Chile, desde hace dos décadas, se realizan iniciativas en esta línea. Es así como la Unidad de Adolescencia del Consultorio Dr. Raúl Yazigi, creada en 1998 por el Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente, de la Universidad de Chile, con la Corporación de Salud de la Municipalidad de Lo Prado, viene realizando atención integral del adolescente, biosicosocial, aplicando servicios preventivos que incluye la CA. La población usuaria del consultorio es de aproximadamente 30.000 habitantes, con 20% de adolescentes, cuyos hogares son de nivel socioeconómico bajo.

En este contexto, se propuso determinar, en forma preliminar, las características de los adolescentes consultantes a través de una descripción epidemiológica, detectando los principales motivos por los cuales solicitaron consejería. En una segunda etapa se espera evaluar el impacto en el tiempo que tendría esta consejería en la orientación y cambios de conducta hacia hábitos saludables.

SUJETOS Y MÉTODO

Se revisó las historias clínicas del total de 116 adolescentes (66,7% mujeres) que habían recibido CA en el control de salud preventivo de la Unidad de Adolescencia entre marzo y diciembre de 2003, la cual forma parte de la atención integral de los jóvenes y es llevada a cabo por una matrona docente, con especialización en Salud Pública y Educación en Ciencias Biomédicas. En la tarea, intervienen, adicionalmente, médicos/as del Programa de Formación de Especialistas en Pediatría o en Estadía de Capacitación. Se efectúa en un ambiente personalizado, dura 45 min por sesión, con una frecuencia de citación, que puede ser semanal, quincenal o mensual, dependiendo de las necesidades.

Etapas	Objetivo	Estrategias
<p>Precontemplación Desconoce que ciertas conductas ponen en riesgo su salud. Desconoce la existencia de un problema de salud. Conoce la existencia del problema pero está renuente a realizar cambios en su conducta</p>	<p>Confrontarlo sobre su propio estado de salud. Emitir señales de alerta que dejen enfrenteado al sujeto de que existe un problema de salud.</p>	<p>Proporcionar más información. Ayudar al paciente a creer en su capacidad de cambio. Personalizar la valoración.</p>
<p>Contemplación El sujeto advierte que ciertas conductas ponen en riesgo su salud o bien la existencia de un problema de salud y se encuentra dispuesto a realizar cambios dentro de 6 meses.</p>	<p>Persuadir a la persona para que modifique la conducta indeseable con miras a prevenir o mejorar un problema de salud.</p>	<p>Ayudar a desarrollar habilidades para el cambio de conducta y un plan de cambio. Ofrecer apoyo y material de ayuda.</p>
<p>Preparación El sujeto piensa seriamente modificar su conducta en un futuro próximo (dentro de 30 días).</p>	<p>Despertar en el sujeto el interés por el autocuidado, autorrespeto y la confianza en sí mismo</p>	<p>Técnica de percepción de habilidades: hacerle notar las capacidades y habilidades que posee para prevenir y tratar problemas de salud.</p>
<p>Acción El sujeto se encuentra trabajando activamente en las modificaciones de las conductas que atañen a su salud, o bien en el problema de salud identificado.</p>	<p>Desarrollar y construir habilidades, actitudes y destrezas necesarias para la vida sana.</p>	<p>Ofrecer apoyo. Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas.</p>
<p>Mantenimiento El sujeto adopta habitualmente las conductas adquiridas. Se considera que ha llegado a mantenimiento cuando la nueva conducta permanece por más de seis meses. El sujeto debe practicarla continuamente para que no retroceda.</p>	<p>Mantener activas y permanentes las modificaciones recientes.</p>	<p>Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas.</p>

Figura 1. Modelo etapas del cambio de Prochaska⁹. Etapas, objetivos y estrategias del cambio conductual

El número de sesiones de consejería que recibe cada adolescente atendido varía de acuerdo a la situación personal y el motivo que la originó. En general, lo más frecuente es un total de tres sesiones por individuo, con un espaciamento de dos a tres semanas. Después de este período de duración variable, se explicita que el contacto permanece abierto, a solicitud personal.

El ingreso a CA se hace a través de demanda espontánea o derivación. La derivación puede ser por; a) el pediatra de la unidad, quien realiza un

tamizaje y detecta la necesidad; b) otro profesional del consultorio (nutricionista, matrona, enfermera, asistente social) y c) los colegios de la comuna. Hay un horario exclusivo de atención dos mañanas (martes y viernes).

Para recolectar la información, se diseñó un formulario con las variables en estudio: edad, sexo, repetición de curso, trabajo, proyecto de vida, lugar de hijo, tipo de acompañante, referente adulto, contexto familiar, situación sicoemocional, estilo de vida, causa de consulta y motivo de

consejería. La información se procesó en el programa Epiinfo 2002.

RESULTADOS

La mayoría de los adolescentes atendidos en consejería eran «tempranos» es decir situados en el tramo de 10 a 14 años. El 100% fue derivado por pediatra, con posterioridad a la atención que había motivado la consulta. La edad mediana fue de 13 años, similar en ambos sexos. El 66,7% era mujer. La familia era nuclear en mujeres y hombres (60,9% y 50%, respectivamente). En cuanto a número de orden, más de dos tercios eran primogénitos, en ambos sexos.

La mayoría asistió acompañado a la primera consejería, siendo la madre en primer lugar, en ambos sexos. Ella fue, igualmente, el principal referente adulto.

La familia era disfuncional –madre en convivencia o sola– en alrededor de la mitad de los casos (Tabla 1).

Todos/as los/las jóvenes estaban incorporados/as al sistema escolar en forma regular, y provenían de colegios municipalizados. Tenía el antecedente de haber repetido un curso 21,4% de las mujeres y 28,6%, de los hombres.

Poco más de la mitad de mujeres y varones tenía proyecto de vida; es decir, manifestaron su deseo de continuar estudiando y prepararse para una profesión técnica (67,9% y 57,1%, respectivamente).

En relación a la autoimagen corporal, declararon que preocupaba sólo a uno de cada cinco jóvenes (ambos sexos); pese a que, como se verá, la obesidad fue una causa de consejería importante. Su autopercepción fue «alegre», en alta proporción (76,9%, mujeres y 61,5%, hombres).

La prevalencia de vida («consumió alguna vez») del consumo de tabaco y alcohol llegó a 35,7% y 21,4%, respectivamente, en las mujeres. En hombres, ambos alcanzaron a 14,3%. Sólo una joven admitió consumir drogas ilícitas (Tabla 1).

Las cinco principales causas de consultas a la Unidad de Adolescencia, todas evaluadas por pediatra fueron, en mujeres: 1º obesidad, sobrepeso, 2º síntomas inespecíficos (cefalea, dolor abdominal y articular), 3º problemas de carácter, 4º problemas de rendimiento escolar y 5º embarazo. En los hombres fueron: 1º síntomas inespecíficos,

2º problemas de conducta, 3º problemas de rendimiento escolar, 4º problemas de comunicación y 5º misceláneas. Los principales motivos de derivación a CA para ambos sexos fueron: 1º disfunción familiar, 2º baja autoestima, 3º mal rendimiento escolar, 4º información sobre sexualidad (Tabla 2). Los adolescentes con diagnósticos de obesidad y sobrepeso, junto a la CA, fueron referidos a la nutricionista del Centro de Salud.

DISCUSIÓN

La CA es una actividad de las guías preventivas del control de salud del adolescente y ha sido definida como «acompañamiento» durante su desarrollo puberal, su crecimiento y madurez hacia la autonomía e independencia y su búsqueda de proyecto de vida.

Esta evaluación inicial de la consejería aporta varios hechos positivos. A saber:

1. El programa docente asistencial universitario del Consultorio Yazigi ha permitido conocer y apoyar a jóvenes que viven en una comuna de escasos recursos y que, aunque protegidos por el sistema escolar, muestran un perfil sociocultural con factores de riesgo y condicionantes que los hacen más vulnerables a las adversidades de la vida.

Aunque el número de atendidos es aún bajo, lo que en parte se debe a su incorporación sistemática reciente al control de salud preventivo (primer semestre de 2003), la información obtenida abre excelentes caminos para perfeccionar la actividad.

2. El perfil de los consultantes mostró que, en su mayoría, eran adolescentes tempranos. Este hecho es altamente positivo, porque se está interviniendo precozmente y, por lo tanto, se podría prever mejor impacto que en una intervención más tardía. 3. En forma paralela, esta evaluación señala aspectos que investigar y corregir para perfeccionar el trabajo: a) Los consultantes fueron en su mayoría mujeres y poco más de un tercio de ellas llegó a la consejería sin acompañante. Esto podría corresponder a mayor madurez emocional de las jóvenes; sin poderse descartar fallas en la red de apoyo familiar. b) Parece positivo que los consultantes de ambos sexos, fueron, en su mayoría, acompañados o «llevados» por sus madres; lo que indica una buena red de apoyo, pero plantea dudas sobre la red de

Tabla 1. Descripción epidemiológica de adolescentes en consejería unidad de adolescencia consultorio R. Yazigi Marzo-Diciembre 2003

VARIABLES BIODEMOGRÁFICAS	Mujer %	Hombre %
n =116	66,7	33,3
Edad promedio (mediana)	13,2 (13)	13,1 (13)
Antecedente de repetir un curso	21,4	28,6
Trabaja	7,1	-
Tiene proyecto de vida	67,9	57,1
Lugar de hijo/a		
Primogénito	76,0	72,7
Segundo	8,0	18,2
Tercero	18,0	9,1
Quién acompaña		
Madre	55,6	71,4
Padre	-	-
Ambos	-	7,1
Otro familiar	14,8	21,4
Solo/a	29,6	-
Tipo de familia		
Funcional	54,2	39,3
Nuclear	60,9	50,0
Extendida	26,1	25,0
Monoparental materna	4,3	-
Otra	8,7	25,0
Imagen corporal		
Conforme	74,1	71,4
Crea preocupación	22,2	21,5
Impide relación con demás	3,7	7,1
Autopercepción		
Alegre	76,9	61,5
Triste	-	7,7
Muy tímido	11,5	23,1
Otro	12,6	7,7
Referente adulto		
Madre	57,1	46,2
Padre	9,5	7,7
Fuera del hogar	4,8	7,7
Ninguno	4,8	23,0
Otro	23,8	15,4
Estilo de vida		
Tabaco (+)	35,7	14,3
Alcohol (+)	21,4	14,3
Drogas (+)	14,3	-

apoyo de quienes no están siendo captados. c) En el caso de los hombres, éstos llegaron casi siempre acompañados, lo que pudiese indicar una diferencia de género en la maduración biológica y en la emocional; pudiendo corresponder también a consultas obligatorias. d) Adicionalmente, se hace

necesario investigar la razón del menor ingreso masculino a la demanda de atención. 4. En relación a las etapas de Prochaska, todos los adolescentes se encontraban en situación de «preparación para iniciar el cambio», dispuestos a reflexionar sobre su comportamiento y a iniciar la adopción de cambios

Tabla 2. Principales motivos de consulta y de consejería adolescente según sexo

Motivo de consulta - Mujer
1. Obesidad, sobrepeso
2. Síntomas inespecíficos (cefaleas, dolor abdominal, dolor articular)
3. Problemas de carácter
4. Problemas de rendimiento escolar
5. Embarazo adolescente
Motivo de consulta - Hombre
1. Síntomas inespecíficos
2. Problemas de conducta
3. Problemas de rendimiento escolar
4. Problemas de comunicación (especialmente con la madre)
5. Misceláneas (acné, otros)
Motivo de consejería (ambos sexos)
1. Nutrición
2. Disfunción familiar
3. Baja autoestima
4. Mal rendimiento escolar
5. Necesidad de información sobre sexualidad

a la que se habían comprometido con ellos mismos y con sus padres o procesos educativos. Ejemplos de lo mencionado fueron aspectos relacionados con la disciplina en hábitos de estudio, uso del tiempo libre, alimentación equilibrada, tiempos frente al televisor, realización de actividades deportivas extraprogramáticas.

Todos estos hallazgos invitan a ampliar y readecuar el foco de atención e investigar sus causas.

Los principales problemas detectados tuvieron relación con la comunicación, principalmente con la madre, a pesar de ser ella el referente adulto más importante (el padre se encontraba ausente en la mayor parte de los casos). Las madres declararon no saber cómo relacionarse con este hijo/a que empezaba a presentar comportamientos diferentes al que conocían, mostrando agresividad o desafío, deteriorando sus notas o siendo referido desde el colegio por problemas de conducta. Este hecho fue más frecuente en los varones.

Lo anterior nos orienta hacia una intervención educativa que fortalezca la información sobre el comportamiento normal del adolescente, la crisis familiar, los problemas de disciplina y los hábitos de estudio, apoyándolos en la promoción de habilidades para la vida.

Los hábitos de tabaco, alcohol y drogas se detectaron en cifras bajas, a pesar del contexto social de riesgo para ello. Es probable que ello se deba a la temprana edad del grupo estudiado. Por la misma razón, es probable que la sexualidad como motivo de consulta estuvo en el quinto lugar.

Comentario aparte merece la preocupación de las jóvenes por su imagen corporal: aunque la mayoría decía estar conforme, la primera causa de consulta fue el sobrepeso y la obesidad. El consultorio cuenta con un profesional nutricionista, de modo que a él se deriva los casos que necesitan atención específica.

Otra conclusión es la necesidad de resolver los déficit psicosociales, en la medida que se pueda, con trabajo interdisciplinario del equipo de salud y en red, con la familia y el colegio. Lamentablemente, existen debilidades que reconocer y corregir, como es no contar con suficientes profesionales de salud mental, para derivar y resolver los casos que se detecta. En este sentido, se ha realizado gestiones con el Servicio de Salud Metropolitano Occidente para intentar llenar ese vacío.

Finalmente, la participación de personal de salud en formación permite enriquecer –en forma práctica– la docencia que se entrega a nivel de atención primaria.

Nuestros hallazgos refuerzan el objetivo de continuar y desarrollar la CA dentro de una atención con servicios preventivos en salud integral. Esto permitirá responder y acompañar a estos jóvenes y sus familias en sus demandas. El propósito central de la intervención es promover fortalezas –incluyendo el desarrollo de habilidades para la vida y la formulación de proyectos de vida– desde la adolescencia temprana. Ambas situaciones serán útiles para enfrentar o prevenir riesgos de la salud en su vida de adulto¹². Es importante señalar que, evaluar el impacto de la consejería no fue objetivo

de este estudio, debido a la necesidad de lograr seguimiento por períodos más prolongados a los que esta experiencia cuenta. Una segunda etapa deberá ser necesariamente un estudio prospectivo con tabla de proyección que permita aportar más elementos que avalen la efectividad de la consejería como elemento consistente de acompañamiento y promoción de una adolescencia vivida en forma saludable integralmente. El desafío actual y futuro es continuar incorporando a los jóvenes y consolidar un seguimiento para evaluar mejor el impacto de nuestra intervención.

REFERENCIAS

1. *Guide to Clinical Preventive Service*. Report of the US Preventive Service Task Force, Second Edition, Williams & Williams, 1996 www.ahcpc.gov/clinic/cpsix.htm
2. *Guide to Clinical Preventive Health Care*. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Health Canada, 1994. www.hc.ca/ppb/helthcare/pubs/clinicalpreventive/index
3. MANGRULKAR L, WHITMAN CV, POSNER M. *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. OPS División de Promoción y Protección de la Salud. 2001.
4. BURT M. *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?* Pan American Health Organization W.K. Kellogg Foundation. 2000.
5. WEAVER K, MADDALENO M. Youth violence in Latin America: current situation and violence prevention strategies. *Rev Panam Salud Pública* 1999; 5: 338-46.
6. OPS/OMS La salud del adolescente y el joven en las Américas. *Publicación Científica* N° 489, 1985.
7. OMS. La salud de los jóvenes: desafío para la sociedad. Informe de un grupo de la OMS acerca de los jóvenes y la salud para todos en el año 2000. *Serie de informes técnicos* N° 731, Ginebra 1986.
8. GINSBURG KR, ALEXANDER PM, HUNT J, SULLIVAN M, ZHAO H, CNAAN A. Enhancing their likelihood for a positive future: focus groups reveal the voice of inner-city youth. *Pediatrics* 2002; 109: 1136-42.
9. ARANCIBIA M, MILLÁN T, VALENZUELA MS. Diagnóstico de habilidades para la vida en escolares de enseñanza básica. *Bol Hosp SJ de Dios* 2002; 49: 78-83.
10. VARGAS NA, ARANCIBIA M, LAGOS M, PIERRY V. Estilos de Vida en Adolescentes de Santiago. *Rev Chil Pediatr* 1996; 67: 276-81.
11. MILLÁN T, VALENZUELA S, VARGAS N. Autoestima, percepción de la afectividad, metas y conductas de riesgo en adolescentes escolares. *Rev Méd Chile* 1994; 122: 587-93.
12. Consideraciones básicas en la consejería. *Reflexión Juvenil* 1993; (12): 25-8.
13. PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen M, Eisler RM and Miller PM, eds. *Progress in Behavior Modification*. Sycamore II; Sycamore Publishing Company, 1992.