

RESOLUCIÓN DE LAS AYUDAS 2016 "ISABEL FERNÁNDEZ" PARA LA REALIZACIÓN DE TESIS DOCTORALES EN MATERIA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Nombre: Sandra Calvo Sardón

Título tesis: Asociación entre el perfil de salud y conductas de riesgo en la adolescencia y la morbilidad expresada y percepción de salud en la etapa de adulto joven.

La adolescencia se define como el período del desarrollo humano que se extiende desde la niñez a la vida adulta, comprendido entre los 10 y los 19 años ¹. La mayor parte de los autores ² establecen tres etapas: adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-17 años) y adolescencia tardía (18 a los 21 años). Por tanto, no es un grupo homogéneo. Existen características biológicas y de personalidad propias de cada etapa, que además se van a ver influidas por el contexto socio-familiar y cultural, así como por sus propias vivencias. Tanto es así, que en nuestro medio, debido al cambio social sufrido en las últimas décadas, con la dificultad para la incorporación al mercado laboral y la emancipación cada vez más tardía, hacen que socialmente la edad adolescente y juvenil se prolongue hasta los 25 años. Especial atención recibe el grupo de edad de 25 a 29 años por ser el colectivo que mayor peso demográfico tiene entre los grupos de edad del universo poblacional y por ser el colectivo que se encuentra inmerso de lleno en los procesos transicionales en mayor medida que los más jóvenes, que dependen prácticamente en su totalidad de sus padres. Según los datos del INE3 de diciembre del 2015, en España los adolescentes representan el 8,46% y los adultos jóvenes de 20-29 años el 9,16%. Los jóvenes españoles de 15 a 29 años en el año 2012 eran el 15,6% de la población total (Informe INJUVE 2012).⁴ El conocimiento del perfil de salud en este período, entendiendo el concepto de salud como "el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" según recoge la OMS en su Carta Fundacional de 1946⁵ se hace fundamental, ya que el desarrollo o no de enfermedades en el adulto dependerá de los hábitos de vida adquiridos en la adolescencia y juventud. Las principales causas de mortalidad en el adulto son la enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular y el cáncer (en el varón, el cáncer de pulmón y de colon; en la mujer el de mama). Pero hay que tener en cuenta al hablar de salud percibida, aquellas enfermedades que generan gran morbilidad, sin ser causa de mortalidad, y que generan gran consumo de los recursos sanitarios. Todas ellas son causas en las que se puede incidir mediante estrategias de promoción y prevención de la salud, que serán tanto más eficaces cuanto antes se instauren. Es aquí donde comienza nuestra labor como médicos de familia, promoviendo cambios en el estilo de vida desde la etapa de adolescente y adulto joven. Para ello, se debe conocer el perfil de salud de esta población y tener un instrumento de medida y valoración que nos permita detectar y ocuparnos de aquellos aspectos que requieran de nuestra intervención. El uso de los servicios de salud es creciente con la edad desde los 16 años. Los datos de la última Encuesta Nacional de

Salud⁶ y el informe INJUVE⁴ reflejan que el 70% de los jóvenes acudieron a una consulta médica de atención primaria en el último año y de estos el 41 y el 47% (según la edad) a una consulta de atención especializada. Las mujeres jóvenes acceden con más frecuencia a las consultas sanitarias, pero la frecuentación (el número de consultas al año) es mayor entre los varones, en las edades inferiores (16 a 24 años), con una media de 1,3 consultas mensuales, frente al 1,2 en el caso de las mujeres. Los varones jóvenes van menos al médico, pero los que van lo hacen con mayor frecuencia. No ocurre así en el intervalo de edad superior en el que la media de consultas de las mujeres es superior a la de los varones. La diferente demanda asistencial con respecto a otras edades se debe, por una parte, a una disminución de la patología infecciosa de la infancia. Los jóvenes son individuos sanos que frecuentan poco los centros de salud, si bien es cierto que la mayoría de ellos entran en contacto a lo largo del año con los servicios sanitarios por problemas banales y relacionados con patología aguda. Por otra parte, perciben dificultades de acceso a la consulta, restan importancia a los problemas y temen por la confidencialidad. Los principales motivos de consulta según diversas fuentes consultadas son las causas respiratorias, traumatológicas y de la piel, y en las mujeres alteraciones menstruales 1, 4, 7,8. Esto contrasta con los últimos datos del SNS⁶ y del informe INJUVE⁴ donde se objetiva que algo más de la cuarta parte de los jóvenes de 16 a 24 años y uno de cada tres entre los 25 y 34 años ha sido diagnosticado de una enfermedad crónica o de larga duración.

Esos diagnósticos se refieren fundamentalmente a problemas alérgicos (en el entorno del 20% de los casos) y asma (alrededor del 9%). Se encuentran porcentajes ya menos relevantes de jóvenes con problemas de migrañas o dolores de cabeza, dolores lumbares y cervicales, bronquitis, ansiedad y depresión, lesiones permanentes e hipertensión.

Bajo este manto de causas orgánicas y supuestas consultas de problemas banales, subyace otro tipo de problemas, de causa funcional (cansancio, alteraciones de la imagen, disminución del rendimiento, problemas de relación, dudas sexuales), más difícil de detectar y evaluar, que requieren un abordaje integral del paciente y bajo las que se esconden conductas de riesgo que precisan nuestra intervención. No hay que olvidar que el 0,64% del total de defunciones en 2010⁴ eran personas entre 15 y 29 años, lo que corresponde a 2455 personas jóvenes; una cifra que muestra claro descenso respecto a estudios previos. Además suponen un 7% de las hospitalizaciones en mujeres, que puede alcanzar el 13% en mujeres mayores de 24 años, algo más de la cuarta parte ha sido diagnosticado de alguna enfermedad crónica y casi 164.000 personas jóvenes están afectadas por algún tipo de discapacidad⁴. La detección de conductas de riesgo en los jóvenes es una tarea ardua, ya que los adolescentes habitualmente no consultan por factores de riesgo, a pesar de que aproximadamente el 75% de ellos presenten alguno⁹, cifra que aumenta en los chicos más mayores, aunque en general tienden a disminuir en los últimos años en nuestro país. Según datos recientes de encuestas nacionales,^{9,10} e internacionales¹¹ los factores de riesgo principales hacen referencia al consumo de drogas. Las drogas consumidas por un mayor porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años sigue siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. Les siguen hipno-sedantes, cocaína y éxtasis. En referencia a consumos más o menos habituales, una mayoría dice haber tomado bebidas alcohólicas (63%) y el consumo de cannabis sigue siendo, tras el tabaco (26%), el más frecuente. Entre el 2,5% y 3,9% refiere haber probado cocaína, anfetaminas, éxtasis y/o alucinógenos. El porcentaje de consumidores de drogas aumenta con la edad. Otras conductas de riesgo de interés se relacionan con la conducción (no usa el casco el 37%) y los accidentes (16%). La

prevalencia de accidentes es inferior al 10% para todo tipo de accidentes y los más frecuentes son los que se producen en casa y en el tiempo libre; así los accidentes de tráfico fueron la principal causa de muerte juvenil en 2010. Las relaciones sexuales de riesgo suponen un 8,4% y los embarazos el 4%. Ha descendido el número de embarazos no deseados, con un incremento de la edad media del embarazo. También ha disminuido la IVE en todos los grupos de edad. A fin de completar el estudio del perfil de salud en este grupo de población, nos debemos atener al análisis de la valoración subjetiva del estado de salud y felicidad, y abordar el bienestar psicológico. Los jóvenes españoles dicen sentirse muy o bastantes felices en términos generales. El nivel de felicidad subjetiva es mayor cuando existe más apoyo social, participan en actividades sociales y cuentan con personas cercanas. La percepción del estado de salud de las mujeres, en todas las edades, es peor que la de los varones de la misma edad. La percepción de buena salud disminuye con la edad, mientras que aumenta la vivencia de diferentes síntomas físicos y psicológicos. Cuanto peor sea el nivel de salud percibida aumenta el número de visitas al médico. El estudio de la calidad de vida nos aporta características que nos ayudan a definir el perfil de salud de la población a estudio. Para ello se han empleado diferentes cuestionarios. Entre ellos se emplea un instrumento de medida, el cuestionario llamado Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE), que es un instrumento genérico de medida del nivel de salud y la calidad de vida percibidos por los adolescentes.

Fue creado en Estados Unidos 12 y posteriormente se adaptó y validó una versión para la población española 13. El CHIP-AE está constituido por 6 dimensiones: a) satisfacción (incluye la percepción de salud general y la autoestima); b) bienestar (incorpora bienestar tanto físico como emocional, además de indagar en síntomas que pudiesen interferir en la sensación de bienestar); c) resiliencia (referida a conductas protectoras contra futuros problemas de salud, incluye la participación familiar, la resolución de problemas, la actividad física y la seguridad en el hogar); d) riesgos (estados o conductas que aumentarían la probabilidad de que surgiese un problema de salud, recoge el riesgo individual, la influencia de pares y las amenazas a logros); e) funciones (refleja el rendimiento escolar y laboral; las actividades sociales esperadas para un determinado grupo de edad); y f) enfermedades (inquieta sobre la presencia de enfermedades agudas, crónicas, accidentes y problemas de salud mental). El resultado de la puntuación de los ítems de cada dimensión nos va a dar los perfiles de salud.

En la fase inicial de esta investigación sobre el perfil de salud de nuestros adolescentes aplicando el CHIP-AE, se evidenció que los adolescentes de nuestra zona básica de salud tienen un perfil que no difiere en gran medida de las poblaciones de referencia (Baltimore 12, Barcelona, Tenerife 13 y Segovia 14). Esta primera línea de investigación, se realizó a través de un estudio ecológico transversal que determinó el perfil de salud de los adolescentes en todas sus dimensiones; permitiendo establecer aquellos con mayor riesgo individual, con el fin de determinar si realmente existe asociación entre riesgo, bienestar y frecuentación en Atención Primaria¹⁵. A la vista de los resultados se concluyó que existe relación entre los adolescentes que más frecuentan la consulta y los que presentan un mayor riesgo individual, con una OR de 3.25. La sensibilidad de la hiperfrecuentación en relación a los riesgos es muy alta: 99,8% con una especificidad muy baja de 3. 5%. Por lo tanto, la hiperfrecuentación se asocia con adolescentes de riesgo y por su elevada sensibilidad podría utilizarse como dato para iniciar el screening de riesgo en los adolescentes, en nuestras consultas,

asumiendo que el hecho de que no frecuentar el centro de salud no se relaciona con falta de riesgo¹⁵.

Santos y cols. en su estudio realizado en Segovia ¹⁴, observan que existe una correlación de los riesgos con el bienestar, la resiliencia, las enfermedades y la consecución de funciones. Además existe una correlación del riesgo individual, no sólo con la influencia de pares y la amenaza a logros, sino también con el bienestar físico. Esta relación entre el bienestar físico y el riesgo individual hace pensar que se pueda utilizar este aspecto en Atención Primaria para detectar e intervenir en los adolescentes con conductas de riesgo. Este proyecto se inicia en la primera fase con la conformación de dos cohortes. Una cohorte de casos constituida por los adolescentes detectados con perfil de riesgo y una cohorte de control que son los adolescentes con perfil de salud bueno. Estas dos cohortes han sido seguidas durante 10 años. Y esta segunda fase de la investigación tiene como objeto estudiar qué ha ocurrido con estas dos cohortes poblacionales de adolescentes y que en la actualidad son adultos jóvenes. Valoraremos en ambas cohortes, el perfil de salud actual a través del cuestionario SF36^{16,17,18}, la morbilidad expresada y atendida en el centro de salud y el nivel de frecuentación en consulta. El cuestionario de Salud SF-36 es un instrumento genérico de medida del nivel de salud y la calidad de vida percibidos por el paciente. Fue elaborado en Estados Unidos durante el Medical Outcomes Study (MOS) para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Posteriormente se adaptó validó una versión para la población española a través del proyecto iniciado en 1991 conocido como "Evaluación Internacional de la Calidad de Vida" (Proyecto IQOLA) para traducir, adaptar y validar la aplicabilidad intercultural de este instrumento genérico de medida. El cuestionario contiene 36 ítems que miden 8 dimensiones del estado de salud:

- 1) Función física (FF), contiene 10 preguntas acerca de limitaciones para realizar todo tipo de actividad física;
- 2) Rol físico (RF), contiene 4 preguntas acerca de problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física;
- 3) Dolor corporal (DC), contiene 2 preguntas sobre intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa;
- 4) Salud general (SG), contiene 5 preguntas acerca de la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar;
- 5) Vitalidad (VT), contiene 4 preguntas acerca de la sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento;
- 6) Función Social (FS), contiene 2 preguntas acerca de interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales;
- 7) Rol Emocional (RE), contiene 3 preguntas sobre problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales;
- 8) Salud Mental (SM), contiene 5 preguntas sobre salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general ^{17,18,19}. Además incluye una pregunta conocida como pregunta del Estado de transición (ET).

Esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud en el último año. Aporta el concepto de cambio global en la percepción del estado de salud actual respecto al año anterior.

El cuestionario SF36 es uno de los más utilizados a nivel mundial para medir el estado de salud por su utilidad y sencillez. Su elección en este estudio ha sido propiciada ante la necesidad de utilizar un cuestionario válido en la etapa adulta, ante la imposibilidad de emplear el CHIP-AE, que fue creado y validado para población adolescente. Ha sido comparado con otros de los cuestionarios más empleados para medir el estado de salud como el Nottingham Health Profile (NHP) y el EuroQol-5D.

Se desestimo el uso del EuroQol-5D ya que, a pesar de ser muy útil como instrumento para la medición del estado de salud y de los resultados en salud en el ámbito poblacional, presenta un efecto techo en muestras de población general, ya que la mayor parte de los individuos tendrán una buena salud y puntuarán el máximo. Por tanto su capacidad discriminativa y su sensibilidad, en relación a un instrumento específico de CVRS, será inferior. Por ello, se recomienda la utilización del EQ-5D junto con un instrumento específico de CVRS siempre que sea factible. Con respecto al NHP, es un instrumento genérico para la medida del sufrimiento físico, psicológico y social asociado a problemas médicos, sociales y emocionales y del grado en que dicho sufrimiento afecta a la vida de los individuos. Por tanto, es más adecuado para pacientes con un cierto nivel de afectación del estado de salud, ya que el instrumento carece de ítems de salud positiva^{19,20,21}. Una vez establecido el perfil de salud y calidad de vida a través del SF36, valoraremos la relación entre el perfil de salud de riesgo en la adolescencia con la presencia de mayores niveles de morbilidad y de factores de riesgo en la etapa de adulto joven.