

Revista Española de
PEDIATRÍA
Clínica e Investigación

NÚMERO MONOGRÁFICO

“Patología de la adolescencia”

Sumario

- | | | | |
|----|--|-----|---|
| 11 | EDITORIAL
<i>M.I. Hidalgo Vicario</i> | 67 | Problemas de salud mental
<i>J. Cornellà i Canals, A. Llusent Guillamet</i> |
| | ORIGINALES | 76 | Los adolescentes y las drogas
<i>M.A. Rodríguez Felipe, E. Megías Valenzuela</i> |
| 13 | Atención al adolescente: aspectos éticos y legales
<i>G. Castellano Barca</i> | 84 | Sexualidad y anticoncepción
<i>I. Serrano Fuster</i> |
| 20 | El adolescente normal. Desarrollo físico, psíquico y social
<i>G. Galdó Muñoz</i> | 95 | Infecciones de transmisión sexual
<i>A. Andrés Domingo</i> |
| 29 | El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios
<i>L. Rodríguez Molinero</i> | 102 | Adolescencia y situaciones especiales: inmigración y riesgo social
<i>M.C. Brugera Moreno, M.T. Benítez Robredo</i> |
| 38 | Alteraciones endocrinometabólicas más frecuentes en la adolescencia
<i>M.T. Muñoz Calvo, J. Pozo Román</i> | | |
| 52 | Alimentación durante la adolescencia y sus trastornos
<i>M.I. Hidalgo Vicario, A.J. Cartón Sánchez</i> | | |

Revista Española de
PEDIATRÍA

Clínica e Investigación

Enero - Febrero 2007

Volumen 63 - Número 1

DIRECTOR

Manuel Hernández Rodríguez

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Arturo Muñoz Villa

EDITORES PARA EL EXTRANJERO

A E Cedrato (Buenos Aires)
N Cordeiro Ferreira (Lisboa)
M^a L Levy (Lisboa)
J Salazar de Sousa (Lisboa)
J F Sotos (Columbus)

CONSEJO DE REDACCIÓN

Milagros Alonso Blanco
Juan M Aparicio Meix
Julio Ardura Fernández
Josep Argemí Renom
Jesús Argente Oliver
Javier Arístegui Fernández
Raquel Barrio Castellanos
Emilio Blesa Sánchez
Josep Boix i Ochoa
Luis Boné Sandoval
Augusto Borderas Gaztambide
Juan Brines Solanes
Cristina Camarero Salces
Ramón Cañete Estrada
Antonio Carrascosa Lezcano
Enrique Casado de Frías
Juan Casado Flores
Manuel Castro Gago
Isidro Claret Corominas
Manuel Cobo Barroso
Joaquín Colomer Sala
Manuel Crespo Hernández
Manuel Cruz Hernández
Alfonso Delgado Rubio
Ángel Ferrández Longás
José Ferris Tortajada
Manuel Fontoira Suris
Jesús Fleta Zaragoza
José M^a Fraga Bermúdez
Alfredo García-Alix Pérez

José González Hachero
Javier González de Dios
Antonio Jurado Ortiz
Luis Madero López
Serafín Málaga Guerrero
Antonio Martínez Valverde
Federico Martín Sánchez
José M^a Martín Sánchez
Luis A Moreno Aznar
Manuel Moro Serrano
Manuel Nieto Barrera
Ángel Nogales Espert
José Luis Olivares López
Alfonso Olivé Pérez
José M^a Pérez-González
Juan Luis Pérez Navero
Jesús Pérez Rodríguez
Joaquín Plaza Montero
Manuel Pombo Arias
Antonio Quezán de la Fuente
Justino Rodríguez-Alarcón Gómez
Mercedes Ruiz Moreno
Santiago Ruiz Company
Francisco J Ruza Tarrio
Valentín Salazar Villalobos
Pablo Sanjurjo Crespo
Antonio Sarría Chueca
Juan Antonio Tovar Larrucea
Alberto Valls i Soler
José Antonio Velasco Collazo
Juan Carlos Vitoria Cormenzana

CONSEJO EDITORIAL

Presidente

José Peña Guitián

Vocales

Ángel Ballabriga Aguado
Alfredo Blanco Quirós
Emilio Borrajo Guadarrama
Manuel Bueno Sánchez
Cipriano Canosa Martínez
Juan José Cardesa García
Eduardo Domenech Martínez
Miguel García Fuentes
Manuel Hernández Rodríguez
Rafael Jiménez González
Juan Antonio Molina Font
Manuel Moya Benavent
José Quero Jiménez
Juan Rodríguez Soriano
Armando Romanos Lezcano
Rafael Tojo Sierra
Alberto Valls Sánchez de la Puerta
Ignacio Villa Elizaga

© 2007 ERGON

Arboleda, 1. 28220 Majadahonda
<http://www.ergon.es>

Soporte Válido: 111-R-CM
ISSN 0034-947X
Depósito Legal Z. 27-1958
Impreso en España

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin el previo permiso escrito del editor.

Periodicidad

6 números al año

Suscripción anual

Profesionales 66,95 €; Instituciones: 111,24 €; Extranjero 121,54 €; MIR y estudiantes 56,65 €.

Suscripciones

ERGON. Tel. 91 636 29 37. Fax 91 636 29 31. suscripciones@ergon.es

Correspondencia Científica

ERGON. Revista Española de Pediatría.
C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid)

NÚMERO MONOGRÁFICO

“Patología de la adolescencia”

Sumario

- 11 EDITORIAL
M.I. Hidalgo Vicario
- ORIGINALES
- 13 Atención al adolescente: aspectos éticos y legales
G. Castellano Barca
- 20 El adolescente normal. Desarrollo físico, psíquico y social
G. Galdó Muñoz
- 29 El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios
L. Rodríguez Molinero
- 38 Alteraciones endocrinometabólicas más frecuentes en la adolescencia
M.T. Muñoz Calvo, J. Pozo Román
- 52 Alimentación durante la adolescencia y sus trastornos
M.I. Hidalgo Vicario, A.J. Cartón Sánchez
- 67 Problemas de salud mental
J. Cornellà i Canals, A. Llusent Guillamet
- 76 Los adolescentes y las drogas
M.A. Rodríguez Felipe, E. Megías Valenzuela
- 84 Sexualidad y anticoncepción
I. Serrano Fuster
- 95 Infecciones de transmisión sexual
A. Andrés Domingo
- 102 Adolescencia y situaciones especiales: inmigración y riesgo social
M.C. Brugera Moreno, M.T. Benítez Robredo

MONOGRAPHIC ISSUE

“Pathology of the adolescence”

Contents

- 11 EDITORIAL
M.I. Hidalgo Vicario
- ORIGINALS
- 13 Attention to the adolescent: ethical and legal aspects
G. Castellano Barca
- 20 The abnormal adolescent. Physical, psychic and social development
G. Galdó Muñoz
- 29 The adolescent and his/her setting: family, friends, school and communication media
L. Rodríguez Molinero
- 38 Most frequent endocrine-metabolic alterations in adolescence
M.T. Muñoz Calvo, J. Pozo Román
- 52 Food during adolescence and their disorders
M.I. Hidalgo Vicario, A.J. Cartón Sánchez
- 67 Mental health problems
J. Cornellà i Canals, A. Llusent Guillamet
- 76 Adolescents and drugs
M.A. Rodríguez Felipe, E. Megías Valenzuela
- 84 Sexuality and contraceptives
I. Serrano Fuster
- 95 Sexual transmission infections
A. Andrés Domingo
- 102 Adolescence and special situations: immigration and social risk
M.C. Brugera Moreno, M.T. Benítez Robredo

Quiero agradecer al Director Dr. Don Manuel Hernández Rodríguez y al Consejo Editorial de la *Revista Española de Pediatría*, haber dedicado un número a la Medicina de la Adolescencia, y haberme elegido para coordinar este trabajo, lo que representa para mí un gran honor, además de una gran satisfacción.

La Medicina de la Adolescencia aborda los principales aspectos de salud y la maduración física, psicológica, emocional y social de los individuos durante la segunda década de la vida; debe ser entendida como una parte de la Pediatría General que se coordina con otras disciplinas.

Es conocido que la adolescencia es el periodo más sano de la vida desde el punto de vista orgánico, pero el más problemático y conflictivo; el joven está expuesto a muchos comportamientos de riesgo, destacando entre ellos: problemas escolares y familiares, accidentes y violencias, trastornos nutricionales y psiquiátricos, uso de drogas, embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual, entre otras. Es preciso tener presente que la mayoría de estos problemas están relacionados con su estilo y hábitos de vida, y por ello son prevenibles.

Este periodo de la vida ha ido adquiriendo una creciente importancia, despertando el interés de muchos profesionales que, hasta hace poco, no eran conscientes de los problemas y las necesidades de salud de esta población y de la gran trascendencia que conlleva el paso de la infancia a la edad adulta.

En las dos últimas décadas se ha producido un aumento de determinadas patologías de gran complejidad, que anteriormente eran prácticamente inexistentes, y que tienen una gran influencia en la vida actual y futura del joven. Por otro lado, la población adolescente es muy heterogénea, con grandes diferencias biológicas, culturales y psicosociales. Cada vez se constata una mayor demanda de calidad asistencial por parte de la población.

Por todo ello es necesario que el pediatra que atiende este periodo de la vida actualice y perfeccione sus conocimientos, para poder realizar una atención específica e integral con un abordaje multidisciplinar. Es necesario que coordine su trabajo con especialistas de otras disciplinas: psiquiatría, psicología, endocrinología, ginecología y trabajadores sociales, entre otros. Para esta monografía se han escogido aquellos temas que, por su importancia y frecuencia, consideramos de mayor interés para el pediatra.

El primer tema se titula *La atención al adolescente: aspectos éticos y legales*. La atención al adolescente conlleva aceptar confidencias, el conocimiento de situaciones y secretos que obligan a ejecutar un acto médico, bien en forma de consejo, de seguimiento o de prescripción medicamentosa. La toma de decisiones muchas veces coloca al sanitario ante situaciones desconocidas y comprometidas, de ahí la necesidad de conocer los aspectos éticos y los principios jurídicos elementales para llevar una consulta sin grandes sobresaltos.

El segundo tema plantea *El adolescente normal. Desarrollo físico, psíquico y social*. Es imprescindible que el pediatra comprenda los importantes cambios que se producen en esta época y aprenda a diferenciar las variaciones normales, así como las anomalías del crecimiento y desarrollo puberal. Igualmente, debe entender las fases y tareas del desarrollo psicosocial. Los problemas que suceden en este periodo dependen de varios factores, que sorprenden y angustian a los padres, profesionales de la salud y a los propios jóvenes.

El tercer tema está dedicado a *El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios de comunicación*. Trata de exponer el desarrollo progresivo del adolescente en relación con su entorno, es decir, la socialización y la educación donde, además de la familia, deben intervenir los profesionales sanitarios. Es necesario tener presente la importancia que puede tener para el futuro del joven.

El cuarto tema se refiere a las *Alteraciones endocrino-metabólicas más frecuentes*, como son las alteraciones tiroideas, entre las que destacan el bocio, las tiroiditis, la enfermedad de Graves y los nódulos tiroideos, que en esta época de la vida conllevan un gran riesgo de tratarse de un carcinoma. Las alteraciones del crecimiento y la pubertad, así como las alteraciones del tamaño genital y del desarrollo mamario, suponen una gran preocupación para los jóvenes, constituyendo un motivo frecuente de consulta. También se abordan los hiperandrogenismos, además de los trastornos metabólicos.

El quinto tema se centra en *La alimentación y sus trastornos*. Durante la adolescencia se incrementan en gran medida las necesidades de nutrientes, se producen cambios alimentarios muy relevantes, y pueden aparecer situaciones de riesgo. La obesidad es un problema creciente, en el que juegan un papel principal los hábitos alimentarios y el estilo de vida sedentario; los trastornos de la conducta alimenta-

ria, la malnutrición y las enfermedades crónicas son otros problemas a considerar. Los objetivos de la alimentación del adolescente son asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados; y promover hábitos de vida saludables para prevenir trastornos nutricionales a corto y largo plazo.

El sexto tema se acerca a los problemas de salud mental de los jóvenes. Se calcula que, en la actualidad, el 20% de los adolescentes sufren algún tipo de trastorno psiquiátrico. La adolescencia es una etapa de cambios, crisis y adaptaciones, siendo esencial diferenciar lo normal, es decir, lo que puede ser un proceso adaptativo al entorno, de lo que realmente es patológico; en muchas ocasiones esta diferenciación puede ser muy complicado. En este capítulo se dan pautas para abordar de una forma adecuada los trastornos más frecuentes, como la depresión, la ansiedad y otros trastornos del comportamiento.

El adolescente y las drogas constituyen el objeto del séptimo tema. En la actualidad, las drogas han llegado a constituir un problema de salud pública debido a varias razones, como son: la disminución en la edad de inicio, el aumento alarmante de algunas sustancias, y el riesgo asociado a determinadas formas de consumo. El profesional sanitario debe conocer las razones del consumo, la cultura juvenil, y los efectos de las drogas sobre la salud, debe proponer medidas preventivas y colaborar en el tratamiento apropiado.

Los dos siguientes temas están muy ligados entre sí. *Sexualidad y anticoncepción, e Infecciones de transmisión sexual*. Cada vez con mayor frecuencia los adolescentes son sexualmente activos. El profesional que enfoque la sexualidad del adolescente sólo desde las posibles consecuencias del acto sexual en sí (embarazo e infecciones) ignora la realidad de que todos los jóvenes son seres humanos con sexo, sean o no sexualmente activos.

Durante la adolescencia aumenta el interés y curiosidad hacia el propio cuerpo y el de los demás; por otra par-

te, están expuestos a una amplia variedad de mitos. En muchas ocasiones surgen problemas por falta de información, inexperiencia y falta de hábito para tomar decisiones. Es necesario que los pediatras conozcan los sentimientos, problemas y dudas que presentan los jóvenes y se familiaricen con los métodos anticonceptivos. Asimismo, durante esta época de la vida, las infecciones de transmisión sexual adquieren una gran importancia y el SIDA sigue siendo un grave peligro, debido a determinadas circunstancias: inicio precoz de las relaciones sexuales, falta de protección eficaz, sentimiento de omnipotencia e invulnerabilidad, uso de drogas, factores educativos y ambientales, falta de cumplimiento de las prescripciones médicas, además de características propias de la joven, tales como la ectopia cervical u otros aspectos inmunológicos.

Para concluir, se ha abordado *La Adolescencia y situaciones especiales: inmigración y riesgo social*. El fenómeno migratorio en nuestro país ha aumentado de forma importante en los últimos años, siendo muy heterogéneo y englobando diferentes realidades culturales; en esta edad, conlleva un importante riesgo psicosocial. En este trabajo se analizan los datos sociodemográficos y situaciones en las que se encuentran los jóvenes inmigrantes, el proceso migratorio, sus prácticas y comportamientos, y cómo todo ello influye en su salud.

Por último, es nuestro deseo, que la selección de temas realizada sea del interés del pediatra, que le ayuden en la práctica clínica para poder abordar con eficacia, seguridad y acierto este complicado periodo de la vida.

M.I. Hidalgo Vicario

Vocal Nacional de la SEMA

(Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia)

Atención al adolescente: aspectos éticos y legales

G. Castellano Barca

Consulta Joven CS La Vega Z. Cantabria

*“El primer deber del médico es hacer lo que sea mejor para el enfermo. Todo conflicto entre este deber y el de una revelación atemorizadora se debe resolver ordinariamente a favor de aquél”
(Tribunal en el caso Nishi contra Harwell)*

*“Es justicia la voluntad constante y perpetua de dar a cada uno su derecho”
(Digesto* I.I.IO pr)*

**Digesto es una compilación de textos de derecho romano que han ejercido gran influencia. Tomado de (4)*

RESUMEN

La atención al adolescente presenta algunas dificultades derivadas de la idiosincrasia propia de esa edad a lo que suma la formación inadecuada en esas materias, tanto en el pregrado, como en el postgrado, y que acaban por complicarse cuando el profesional se encuentra ante situaciones en las que teme implicaciones judiciales.

El médico debe saber que toda relación sexual en menores de 13 años es delito aunque haya acuerdo mutuo, se considera abuso sexual y está obligado a denunciarlo. En la frecuente demanda de anticoncepción, postcoital o no, hay dos tramos de edad bien diferenciados, el 13 a 16 años y el de 16 a 18. En el primero destacamos la importancia del concepto de menor maduro y el artículo 162 del Código Civil, que habla de la facultad para que el menor maduro tome decisiones en aspectos “relacionados con su propia personalidad” como son los referentes a la sexualidad.

En el segundo tramo de edad reseñamos la práctica inexistencia de problemas ante la Ley de Autonomía del pa-

ciente. En la reproducción asistida, ensayos clínicos e interrupción de embarazo rige la mayoría de edad a los 18 años de edad. Otros aspectos de importancia son los referentes al secreto médico y la objeción de conciencia. En general la doctrina imperante es la de buscar siempre el bienestar y el bien del menor.

Ante la duda, en un caso determinado recomendamos que el médico se asesore debidamente en medios jurídicos.

Palabras Clave: Menor; Madurez; Adolescente; Autonomía; Ley.

ABSTRACT

Attention to adolescence has some difficulties due to the idiosyncrasy characteristic of this age and to the inadequate training in these subject matters in both pre-graduate as well as postgraduate studies. This becomes even more complicated when the professional faces situations that may have legal implications.

The doctor should know that all sexual relationships in those under 13 years of age is a crime even though there is mutual agreement, that it is considered sexual abuse and that he/she must report it. There is no well-differentiated age range, 13 to 16 years and 16 to 18 years, in the frequent demand for after sex contraceptives or contraceptives. In the former, we stress the importance of the concept of the

Correspondencia: Germán Castellano Barca. Consulta Joven CS La Vega Z. Cantabria
e-mail: castellano@saludalia.com
Recibido: Enero 2007

REV ESP PEDIATR 2007;63(1):13-19

mature under-aged subject and article 162 the Civil Code, that speaks of the capacity for the mature minor to make decisions on aspects "related with his/her own personality" such as are those regarding to sexuality.

In the second age group, we point out the practical non-existence of problems in the law on autonomy of the patient. In assisted reproduction, clinical trials and the interruption of pregnancy, being of legal age over 18 is required. Other aspects of importance are those regarding medical secrecy and conscientious objection. In general, the prevailing doctrine is that of always seeking the well-being and best for the minor. When there is doubt in a determined case, we recommend that the physician asks for the correct advice in the legal settings.

Key Words: Minor; Maturity; Adolescence; Independence; Law.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia en sí ya es un factor de riesgo, entendiendo por riesgo la probabilidad de obtener un mal resultado de nuestra conducta, como afirma el antropólogo Diego Salazar. Admitiendo este razonamiento, es evidente que el médico que trata a adolescentes entra con frecuencia en el círculo derivado del riesgo, en el que aparecen elementos nuevos: confidencias, conocimiento de situaciones y secretos profesionales que obligan a ejecutar un acto médico, bien en forma de consejo, de seguimiento o de prescripción medicamentosa.

La decisión adoptada tratará de favorecer al adolescente, con las salvedades que veremos más adelante, pero colocará al sanitario muchas veces ante situaciones desconocidas o comprometidas, de ahí la necesidad de intentar una aproximación, al menos, a la ética y a los principios jurídicos elementales, que permitirán llevar a cabo una consulta sin sobresaltos continuos.

CONCEPTOS

Deontología

Se refiere al conjunto de deberes que los médicos consideran básicos e imprescindibles para que el sanitario actúe como tal en el seno de la sociedad y en la relación individual con cada paciente. También se puede definir como la ciencia o tratado de los deberes.

En España coexisten dos códigos deontológicos⁽¹⁾, el de la Organización Médica Colegial y el que afecta, además, a los médicos agrupados en el Consejo de los Colegios Médicos de Cataluña.

Ética

Etimológicamente significa "ciencia de las costumbres" y equivale a moral. En sentido más amplio es el conjunto

de ideas y sistemas que permiten explicar la vida moral o, expresado de otra manera, es el conjunto de reglas morales que regulan la conducta de las personas, en general, o en un campo específico. La ética médica se ocupa de la moral relacionada con el acto médico.

El filósofo José A Marina afirma "Hace falta la ética, que es el mejor conjunto de soluciones que se nos han ocurrido para cuando fallan los sentimientos" y continúa "El gran proyecto ético es el de la humanización del hombre, el que habrá de convertir a éste del animal listo que ya es en el animal digno, que debe ser".

Bioética

Significa la ética de la vida trasladada al ámbito médico, a la práctica médica. El profesor Gracia Guillén la define como "el nuevo rostro de la ética científica". La Bioética trasciende a la medicina, se hace una ciencia sistemática y analiza los derechos y deberes del hombre en relación a la biosfera en los aspectos físicos y científicos como afirma Villalaín Blanco JD⁽¹⁾.

En enero de 2000 entró en vigor el Convenio de Bioética del Consejo de Europa, que España también firmó, por lo que tiene rango de normativa de aplicación. A mediados de 2005 se constituyó Eureth.net, un portal de información y documentación sobre Bioética en Europa.

PRINCIPIOS GENERALES

Es imprescindible conocer los principios generales por los que debe regirse la ética médica, que resumimos siguiendo a Nieto Hortal y cols.⁽²⁾ y que podremos aplicar en la visita al adolescente.

PRIMERO

Principio moral

1. El hombre es persona y en tanto que tal tiene dignidad y no precio.
2. En tanto que persona todos los hombres merecen igual consideración y respeto.

Principios éticos generales

1. No maleficencia y sí justicia, que algunos autores consideran dos aspectos complementarios y que obligan al sanitario y al paciente, aun en contra de su voluntad, ya que se refieren a un mínimo de deberes comunes a todos. La no maleficencia se refiere a no realizar nunca daño al paciente aunque éste nos lo pida (eutanasia) y sí a conseguir el mejor resultado (beneficencia). La justicia nos obliga a tratar por igual a todas las personas sin distinción de ningún tipo.

2. Autonomía y beneficencia. Al hablar de autonomía nos referimos a la libertad del paciente para tomar sus decisiones a través de las cuales obtiene el beneficio, la bene-

ficencia. Sin embargo, estos principios no son de aplicación automática ya que no son válidos en niños y menores, o personas con capacidad disminuida, y están sometidos a la no maleficencia y justicia.

SEGUNDO

Superadas las fases anteriores entramos en la **recogida de datos y análisis** basados en:

- Historia clínica
- Identificación de problemas biológicos y éticos
- Circunstancias de cada caso
- Búsqueda de casos similares ya resueltos
- Examen de decisiones valorando las más razonables y preferidas por el paciente

TERCERO

Toma de decisiones y ejecución en base al conocimiento adquirido.

PROBLEMAS EN LA VISITA AL ADOLESCENTE

En la visita al adolescente hay un doble planteamiento:

Por parte del médico

¿Qué repercusiones legales pueden derivarse de la consulta en que atiende al adolescente? El médico no siempre ha tenido claros los conceptos jurídico-legales como el de menor maduro, la patria potestad, la ley de autonomía del paciente y el consentimiento informado, por poner algún ejemplo, y sin embargo es absolutamente necesario que los sanitarios tengan unos conocimientos jurídicos básicos aplicables a la práctica diaria que, por otra parte, es cada vez más exigente.

Además, es imposible desligar los planteamientos éticos de los jurídicos en la consulta del adolescente ya que la peculiaridad de su comportamiento y de los riesgos que asume por aquel, colocan al médico frecuentemente en situaciones difíciles que solamente se pueden resolver cuando el sanitario conoce el terreno en que se mueve.

Por otra parte, debemos pensar que a algunos médicos les queda la duda en muchos casos de si sería o no conveniente poner en conocimiento de los padres algún hecho determinado, pensando en que puedan derivarse consecuencias graves de lo que ha conocido en la consulta.

La tradición médica paternalista en España ha sido muy relevante⁽³⁾ posiblemente por razones sociológicas, históricas, culturales y religiosas. Esta práctica benévola data del siglo IV a.C y ha sido dominante en los veinticinco siglos de existencia de la medicina, ya que para los griegos y los que han venido detrás, ser paternalista era un signo de distinción profesional y la forma lógica de actuar.

También hay que tener presente algunos aspectos sobre la objeción de conciencia que pueden invocarse en la consulta del adolescente. La jurista Magdalena Nogueira afir-

ma: “Los límites de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario no son seguros, hay que ir al caso concreto y existen diferencias entre la objeción de conciencia, de ciencia (discrepancia en la *lex artis*), de conveniencia (aprovechar la objeción para soslayar la carga de trabajo) y de resistencia, entendida como excepción al cumplimiento del deber disciplinario”.

La Ley de Autonomía del Paciente recoge muchas de las normas de los códigos deontológicos según Nogueira y hace que deberes internos se conviertan en normas generales. Recordemos también que según la doctrina del Tribunal Constitucional “la objeción de conciencia es un derecho reconocido explícitamente e implícitamente en el ordenamiento”.

Por parte del adolescente

Las dudas principales, que también existen en otras edades, se refieren a si “entenderá y resolverá mi problema”, “se respetará la confidencialidad y la intimidad”, y si “se guardará el secreto médico”, entre otras.

Estas dudas se agravan por el hecho de que los adolescentes no encuentran en las consultas clásicas un marco idóneo para expresar sus preocupaciones y solicitar ayuda a sus problemas físicos, psicológicos, sociales o sexuales. De ahí la importancia de que haya un desarrollo adecuado de la llamada Consulta Joven en la que no hay trabas burocráticas y se respeta la confidencialidad, hasta donde es posible, y la intimidad, abordando temas que se centran fundamentalmente en cuestiones psico-socio-sexuales, nutricionales y de relación. La Consulta Joven puede estar ubicada en centros públicos, privados o en institutos ejerciendo un papel de asesoría sanitaria.

EL MENOR Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Ley de Autonomía del Paciente, LAP, Ley 41/2002, ha sido reforzada con la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal de los servicios de salud.

La regla general que establece la Ley 41/2002 dice⁽⁴⁾:

- Si el menor es incapaz de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento lo prestarán sus padres (o su representante legal) pero “se le oirá” en todo caso si ha cumplido doce años.

- Si el menor ha cumplido los dieciséis años, o está emancipado, no cabe el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisión correspondiente.

- En el caso de aborto, ensayos clínicos y reproducción asistida, rige la mayoría de edad de los 18 años.

Transcribo las observaciones del jurista J M^a Antequera Vinagre⁽⁴⁾. “Éste es uno de los temas que la LAP ha intentado sistematizar y dar un esquema de cierta racionalidad. No obstante, una lectura atenta del artículo no nos deja ociosos, en el sentido de que se pueden plantear muchos interrogantes ante expresiones como *se le oirá*”, “*los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta*”. En este punto, como jurista un consejo: **siempre buscar el bienestar y el bien del menor**.

EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR Y EL MENOR MADURO

La evaluación de un menor para valorar su grado de madurez es una acción médica, diferente para cada caso, que variará a lo largo del tiempo y que puede estar influida por múltiples factores. Transcribo algunos criterios de madurez a juicio de Martín Espildora: comprensión adecuada de lo que se está hablando, da motivos razonables que fundamentan su petición, pondera los riesgos y beneficios de su decisión y puede acudir solo para recibir asistencia. En ocasiones se precisará estudio psicológico. También afirma que probablemente la mayoría alcanza la madurez moral alrededor de los 15 años.

Pueden producirse conflictos en la relación entre padres y menores y en algunos supuestos, como afirma Antequera Vinagre⁽⁴⁾; “las funciones inherentes a la patria potestad ceden cuando surge un conflicto de intereses entre los padres y menores”. Por otro lado, el menor es titular de derechos fundamentales y el hecho de estar sometido a tutela no debe suponer un menoscabo para el libre ejercicio de su personalidad”.

La Ley de Cataluña 8/19956 y la Ley de Cataluña de Derechos de Información relativos a la Salud 21/2000 de 29 de diciembre, entienden que el menor competente para comprender el alcance de una intervención sobre su propia salud, es autónomo por lo que hay que tener en cuenta su voluntad y consentimiento y debe ser informado adecuadamente ... o a sus padres o tutores legales cuando su estado físico o psicológico no le permita hacerse cargo de la situación.

La Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección del menor dice:

Artículo 2. Principios generales: se establece el principio de interés superior del menor.

Artículo 5. Derechos de Información: “Los menores tienen derecho a buscar, recibir y utilizar la información adecuada a su desarrollo”.

Artículo 9. Derecho a ser oído: “El menor tiene derecho a ser oído, tanto en el ámbito familiar como en cualquier procedimiento administrativo o judicial en que esté directamente implicado, y que conduzca a una decisión que afecte a su esfera familiar o social”.

H. Tristram Engelhardt afirma⁽⁵⁾ lo siguiente: “El concepto de menor maduro destaca las circunstancias en que el

menor, aunque no esté emancipado por vivir aparte y mantenerse solo, está **parcialmente libre de la patria potestad en áreas en las que entiende y valora la importancia de decisiones con un peso específico en el futuro de su vida**(por ejemplo, decisiones reproductoras), **decisiones que no requieren el apoyo paterno**. Por tanto, es creíble sostener que niños en diferentes situaciones y áreas pueden conseguir parcialmente su propia posesión por ser moralmente responsables de dichas decisiones”. Recordemos también que en la **Convención de Derechos del Niño** que entró en vigor en 1990 se considera niño al sujeto hasta los 18 años de edad.

SECRETO PROFESIONAL

Definición

Es la obligación debida a la confidencia que el médico recibe de sus clientes, como médico, hecha con vistas a obtener cualquier servicio de los que integran esta profesión.

Actualmente, en la práctica médica, en la que intervienen muchos profesionales, se hablaría con más propiedad de secreto médico compartido⁽⁶⁾ y la confidencialidad se aplicaría a lo que se hace o dice en confianza entre dos o más personas, como afirma Ludez⁽⁶⁾.

Dolz Lago afirma: “la intimidad forma parte de la esfera personal del menor y tiene una doble vertiente: por un lado, el respeto de la autonomía del menor como manifestación de su intimidad y, por otro, la confidencialidad”⁽⁷⁾.

Clases de secreto

– *Natural*, se extiende a todo cuanto no puede divulgarse (8) por su naturaleza. Es obvio que toda la información relacionada con la salud es particularmente sensible.

– *Prometido*, nacido de una promesa hecha tras conocer una confidencia, casual o provocada.

– *Confiado*, consecuencia de una promesa explícita de guardar silencio.

También se puede hablar de secreto médico *absoluto*, que debe darse en todas las circunstancias, lo cual no deja de ser una utopía, y de secreto médico *relativo*.

La liberación del secreto se produce en las siguientes condiciones

Hay que considerar que el sanitario, por razón de su profesión, está obligado en principio a guardar el secreto que le ha sido confiado y este deber se extiende a la debida custodia de la historia clínica que, por cierto, genera dudas en cuanto a la seguridad al haberse informatizado. Queda relevado por razones de imperativo legal cuando tenga conocimiento de un delito por la asistencia a un lesionado, o situaciones de riesgo para terceros, situación que puede producirse en la consulta del

adolescente. Los certificados médicos e informes a petición del interesado relevan de la obligación de guardar el secreto. También es obligada la denuncia ante sospecha de violencia⁽⁹⁾, abuso sexual o abandono.

– *Denuncia de delitos.* Es obligado cumplimentar un parte de lesiones.

– *Declaración como testigo o perito* y declarando sólo en lo concerniente al objeto del sumario.

– *Declaración de enfermedades infecto-contagiosas.*

ASPECTOS PRÁCTICOS

Aunque somos conscientes de que la lectura de normativas pueda resultar tediosa es imposible soslayar las más importantes en relación con la asistencia al adolescente. En este sentido es recomendable la obra *Derecho Sanitario al uso del Pediatra. El consentimiento informado en pediatría*, de Villanueva Cañadas y Castellano Arroyo⁽¹⁰⁾ donde se recogen todas las disposiciones que afectan al menor.

Patria potestad

El Art. 162 del Código Civil dice: "Los padres que ostentan la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados. **Se exceptúan:**

1º Los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez pueda realizar por sí mismo.

2º Aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres y el hijo...

Abuso sexual

En relación con la validez del consentimiento del menor y su grado de madurez para acreditar su capacidad de comprensión, es obligado citar el Art. 181 del Código Civil en el apartado 2:

Se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten: sobre menores de 13 años...

Al respecto surge una reflexión evidente relacionado con el consentimiento del menor y es que en menores de 13 años aunque no oponga resistencia y exista anuencia, jurídicamente se entiende como no válida, y adquiere el carácter de "no consentida" lo que conlleva agravamiento de la pena para el agresor.

El Art. 183 castiga al que cometiere abuso sexual con una persona mayor de 13 años y menor de 16 sólo en el caso de que hubiera engaño, o sea, que la relación se lleve a cabo sin el consentimiento. Estas consideraciones pueden ser útiles para los sanitarios que atienden adolescentes.

Historia clínica

No es objeto de este trabajo definir qué es la historia clínica, su contenido, usos, acceso y custodia pero sí queremos dejar constancia de los progresos que afectan al adolescente en esta materia. Así, el Servicio Vasco de Salud con

motivo de la entrada en vigor de la Ley de Autonomía del Paciente en mayo de 2003, ha elaborado un documento en el que se especifican y procedimentan los aspectos más relevantes de la ley.

En el documento, que distingue nueve situaciones distintas del peticionario de la HC, se permite que el menor maduro pueda solicitar su historia. En este caso se le facilitarán "los documentos solicitados excepto los que tengan información de terceras personas y cualquier otro que tengan observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas tales como anamnesis, exploración y evolución, tanto médica, como de enfermedad".

Ludez⁽⁶⁾ afirma: "En la organización de las historias clínicas automatizadas debe tenerse en cuenta el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que Contengan Datos de Carácter Personal como marco de referencia para promover las adecuadas medidas previstas en la LORTAD y que continúan en vigor".

Por otra parte, según la Ley de Protección de Datos (LOPD) los pacientes tienen derecho a cancelar sus datos y, según las normas sanitarias, se deben custodiar las historias ¿qué se debe hacer?

Trastornos del comportamiento alimentario

La gravedad de algunos cuadros clínicos en pacientes con anorexia puede poner en peligro su vida y obligar al ingreso hospitalario forzoso hasta que se resuelva la situación aguda, trasladando al paciente en cuanto su situación vital lo permita las decisiones que competen a su autonomía.

La petición de internamiento involuntario corresponde hacerla a quien tenga la tutela o la patria potestad (en menores e incapacitados). Cuando no es así, corresponde hacer al Ministerio Fiscal, y en la práctica se admite que incluso la hagan servicios médicos o sociales.

En *Cuaderno de la Buena Praxis*, número 19, editado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona con el título "Detección y orientaciones terapéuticas en los trastornos del comportamiento alimentario" se dice que "la alimentación por sonda nasogástrica es un recurso terapéutico dentro del programa de tratamiento dietético de la anorexia nerviosa que se aplicará según criterio del médico responsable cuando sea necesario".

Transfusiones

En ocasiones se plantea la negativa de algún sujeto, menor de edad que, por sus convicciones religiosas, rechaza una transfusión que es absolutamente necesaria y no puede sustituirse por otro tratamiento. Al respecto hay sentencia del Tribunal Constitucional (STC 145/2002) cuya esencia resumimos siguiendo a los juristas Antequera Vinagre⁽⁹⁾ y Doltz Lago⁽⁷⁾ y que ha producido controversia.

Ante un caso de éstos prevalece el derecho a la vida porque es el valor superior del ordenamiento jurídico consti-

tucional y la vida del menor es el interés superior que hay que proteger y tutelar, aunque se sacrifique su derecho fundamental a la libertad religiosa.

Sin embargo, la sentencia del Tribunal Constitucional en 2002 anuló otra del Tribunal Supremo de 1997 en que éste condenaba a los padres de un menor fallecido al entender que éstos eran garantes del menor, y debieron adoptar una conducta que hubiera impedido la muerte⁽⁷⁾. El Tribunal Constitucional anuló la condena y otorgó el amparo constitucional a los padres por entender que estaban ejerciendo su derecho fundamental a la libertad religiosa. Según Doltz: “la lectura que hay que hacer de esa sentencia es la derivada del reconocimiento del derecho a la autodeterminación del menor en esa materias, siempre que tuviera suficiente madurez”.

En el caso que nos ocupa el menor tenía 13 años y su oposición a la transfusión fue tan firme que impidió que los médicos, aun con autorización judicial pudieran hacerla.

Contracepción

Es uno de los aspectos más importantes en la práctica diaria y que puede plantear dudas al médico. En lo que se refiere a la contracepción de emergencia o píldora post-coital, tal como afirman Villanueva y Castellano⁽¹⁰⁾, es evidente que su finalidad es preventiva de embarazo y éste no es deseable en una menor. El problema es la menor edad de la joven que la solicita, ya que lo habitual es que no estén presentes los padres y el rechazo a que conozcan los hechos.

Si la solicitante es menor de 13 años de edad hay que atenderla, apreciar su desarrollo biológico y mental, proponer la presencia de los padres y, en todo caso, ponerlo en conocimiento de la Fiscalía del Menor ya que, por su edad, entra en la tipificación de abusos sexuales no consentidos.

Si la solicitante tiene más de 13 años hay que hacer igual valoración y si se considera que no es menor madura se actuará como en la menor de 13 años. **Si se la considera competente** se administrará la medicación cumplimentando un documento de consentimiento informado en el que consta que se ha informado debidamente de todo lo concerniente a la medicación, de la conveniencia de usar otras medidas anticonceptivas, planificación su vida sexual y aclaración de dudas, firmando al pie del escrito junto al médico.

Algunos autores opinan que no es necesario el documento informado ya que la correcta recogida de datos en la historia sería suficiente y añaden que el hecho de acudir a la consulta es un signo de madurez.

La siguiente conducta emana del ya mencionado Art. 162 en el que se recoge lo referente a la patria potestad estando excluidos “los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez pueda realizar por sí mismo...”. Se-

gún afirma la jurista Carmen Pujol hay unanimidad en la doctrina científica en que los actos relativos a los derechos de la personalidad son los que se refieren al derecho a la vida, el derecho a la integridad física y moral, el derecho a la libertad ideológica y religiosa, el derecho a la libertad y seguridad, el derecho al honor y la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, la inviolabilidad del domicilio y el secreto de las comunicaciones.” La doctrina se refiere también a lo que denomina “derechos personalísimos” en alusión a los derechos de la personalidad, en los que se incluyen los referentes a salud reproductiva. Difiere en sí el derecho a contraer matrimonio forma o no parte de los derechos de la personalidad.

Otros

A los 12 años deben ser oídos en temas de separación matrimonial y otros que les afecten directamente.

Con 14 años pueden otorgar testamento.

Con 14 años y con dispensa judicial, pueden contraer matrimonio.

Con 16 años se pueden emancipar, así como obtener, judicialmente el beneficio de la mayoría de edad. La Ley 41/2002 establece a los 16 años una nueva mayoría de edad de tipo médico aunque no exista emancipación.

CONCLUSIONES

1. Los médicos necesitan una formación en Bioética como parte de su bagaje científico y humanístico^(11,12), que debiera comenzar en los estudios de Licenciatura.

2. La atención al adolescente implica en bastantes ocasiones la toma de decisiones difíciles, y que están sustentadas no sólo en los aspectos éticos, sino también en los jurídicos.

3. Como se ha podido leer a lo largo de este trabajo las disposiciones legales consideran al menor y valoran su capacidad para otorgarle, o no, atribuciones y competencias, que en el caso del adolescente a veces son de gran importancia.

4. Se contempla el concepto de menor maduro ya que en los actos relativos a “derechos de la personalidad”, entre los que están incluidos los referentes a funciones reproductoras, la patria potestad queda excluida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villalaín Blanco JD. El origen de la Bioética y su desarrollo. Manual de Bioética. Coord. Gloria María Tomás Garrido. Edit Ariel Ciencia 2001. p. 35-57.
2. Nieto Hortal J, García Izquierdo JM, Modenes Casillas JC. Bioética y atención primaria. Salud Rural. Vol. XIX - nº 9, mayo 2002.
3. Simón Laborda P. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. Bioética para clínicos. Edit Triacastela 1999. p. 133-44.

4. Antequera Vinagre JM. Aspectos ético- legales en la consulta El pediatra ante los conflictos jurídicos y bioéticos. Curso AEPap de Actualización en Pediatría 2004.
5. Tristram Engelhardt H. Consentimiento libre e informado. Los fundamentos de la Bioética. Edit Paidós Básica 1995. p. 309-99.
6. Lúdez J et al. Med Clin (Barc) 2002; 118(1): 18-37.
7. Dolz Lago MJ. La Protección del menor en el ámbito sanitario: derecho del menor a su intimidad. Jornada sanitaria sobre el menor maduro". Girona 2005.
8. Ferrer Colomer M. Secreto profesional, veracidad y consentimiento informado, objeción de conciencia. Manual de Bioética. Edit Ariel Ciencia 2001. p. 125-39.
9. Antequera Vinagre JM. El menor, derecho a la vida y libertad ideológica. Comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional. Revista Pediatría de Atención Primaria. Vol. V. Número 17. Enero /marzo 2003.
10. Villanueva Cañadas E, Castellano Arroyo M. Derecho Sanitario al uso del pediatra. El consentimiento informado en Pediatría Edit Ergon 2001.
11. Moreno Villares JM, Gómez Castillo E. La Bioética en el programa de formación de residentes de pediatría. An Pediatr 2003; 58(4): 333-8.
12. Educación medicolegal pediátrica en el siglo XXI. Pediatrics (Ed esp) 2006; 61(5): 291-3.

El adolescente normal. Desarrollo físico, psíquico y social

G. Galdó Muñoz

Catedrático de Pediatría. Facultad de Medicina de Granada. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Universitario S. Cecilio. Granada

RESUMEN

Al ser la adolescencia un periodo variable y crítico de desarrollo de la edad pediátrica y de transición a la vida adulta, se hace una revisión conceptual y actualización del mismo en nuestro entorno. Se resalta la importancia de este grupo etáreo en la vida adulta, la frecuencia de los problemas propios a este periodo de edad, en el que no son niños ni adultos. Se analizan con extensión las características del crecimiento y desarrollo físico, las modificaciones propias de la pubertad, la maduración sexual y se analizan las principales características del desarrollo psíquico y social.

Palabras Clave: Adolescencia; Pubertad; Sexualidad; Características psicocociales.

ABSTRACT

This paper reviews the main characteristics of the adolescence, a vulnerable and critical age period, which represent the transition to the adult life. Concepts are revised and actualized. The great importance of the adolescence, the frequency of the typical problems at this period, in which subjects are neither adults nor child, are studied. Characteristics of growing and physical development, pubertal life style habits changes, sexual maturation and social and psychological development are analyzed.

Key Words: Adolescence; Puberty; Sexuality; Psychosocial characteristics.

Correspondencia: Gabriel Galdó Muñoz. C/ Melchor Almagro 10, 3º Izda. 18002 Granada
e-mail: ggaldo@ugr.es
Recibido: Enero 2007

REV ESP PEDIATR 2007;63(1):20-28

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa crucial de la vida, de límites imprecisos, por la variabilidad individual, en la que se produce la transición entre la niñez y la edad adulta. Pero la adolescencia es algo más. En este periodo de la vida acontecen cambios de tipo biológico con el inicio de la pubertad pero, además, tiene unas peculiares características psicosociales, por lo que en la actualidad se la considera un periodo de características “biopsicosociales”, bastante bien definidas. Mientras que para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e incluso de desesperación, para otros es una etapa de amistades intensas, de disminución de los lazos con sus padres, de éxito y de sueños acerca del futuro.

Importancia

El conocimiento de las características propias de la adolescencia y el campo médico de actuación adquiere extraordinaria importancia en el campo de la medicina a partir de la mitad del siglo XX, pues este grupo etáreo representa en la actualidad, en España, aproximadamente el 14,5% de la población total. Los adolescentes no son niños ni adultos, en ellos hay una morbimortalidad doble que en el grupo de edad de 1 a 9 años, con problemas propios de la edad pediátrica y, a la vez, otros inherentes a la adolescencia, por lo que se debe considerar como una edad adecuada para hacer prevención de los mismos y de su repercusión en la vida adulta; debe mejorar la asistencia sanitaria para poder prestarles la atención integral, con adecuada formación médica y estructuras idóneas.

Concepto

La palabra adolescencia deriva del término latino *adolescere*, que significa crecimiento. No hay una definición unánime si analizamos diversas fuentes: según el Diccionario de la Lengua Española “es la época de la vida del hombre o de la mujer en que comienzan a manifestarse carac-

teres como el cambio de voz, el desarrollo de las funciones genitales, etc.”, en el Diccionario de Lengua Gallega de la Real Academia Galega se considera como un término psicológico que designa “el período evolutivo comprendido entre los 12 y los 18 ó 20 años”, es decir, entre la niñez y la edad adulta. El diccionario Gran Larousse Universal, de Plaza y Janés, la define como “la época de la vida que sigue a la infancia y comprende varios años de la vida humana en el curso de los cuales, tanto en el varón como en la mujer, se producen profundas modificaciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que permiten la transformación progresiva del niño”. También, desde un punto de vista legal la adolescencia es considerada de forma diferente. Así pues, en el Derecho Romano dependía del desarrollo físico de cada individuo, más siendo esta medida poco precisa y excesivamente individual. Justiniano puso fin a esta incertidumbre fijando la edad del comienzo de la adolescencia en 14 años para los varones y 12 para las mujeres. En el Derecho Penal Español comienza a los 15 años y termina a los 18. El Derecho Civil Español la valora desde los 12 ó 14 años, dependiendo del sexo, hasta los 23 años. En el Derecho Canónico, comienza a los 14 años para el varón y a los 12 para la mujer, y se extiende hasta los 21 años, edad a la que comienza la mayoría de edad.

La llamada “declaración de Santiago sobre atención al adolescente” de 1999, del XI Encuentro del Comité de Adolescencia de la ALAPE (Asociación Latino Americana de Pediatría) y la Sociedad Española de Medicina del Adolescente⁽¹⁾, acordó fijar la adolescencia como el periodo de edad comprendido entre los 10 y 19 años de edad –según los criterios de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)–, si bien de forma flexible, pues hay evidencias de comienzo puberal antes de esa edad y problemas que no se resuelven hasta pasados los 20 años. Está caracterizada la adolescencia por una serie de cambios fisiológicos con modificaciones morfológicas, funcionales y cambios psicológicos y sociales que conducen a la expresión completa del dimorfismo sexual, la adquisición de la capacidad reproductora y la instauración de nuevas formas de comportamiento para convertirse al final de la misma en adulto joven. Por sus peculiaridades de tipo biopsicosocial, se diferencian tres etapas, la adolescencia precoz (10-13 años), la adolescencia intermedia (13-15 años) y la adolescencia tardía (15-19 años)⁽²⁻⁶⁾.

PECULIARIDADES BIOLÓGICAS

Crecimiento y maduración somática

Se trata de un período de crecimiento acelerado. El hecho más destacado es el *incremento de la síntesis y secreción de esteroides sexuales*, cuyos efectos sobre las células sensibles se traducen en cambios importantes, entre los que destacan: la aceleración del crecimiento longitudinal (se ad-

quiere el 25% de la estatura), modificación de las relaciones segmentarias y de la composición de los tejidos (se logra un 50% de la masa esquelética, 50% del peso definitivo, la distribución muscular y de la grasa definitiva, aumenta el 33% el volumen sanguíneo), desarrollo del sistema respiratorio y circulatorio, desarrollo de las gónadas, órganos reproductivos y caracteres sexuales secundarios, y el logro de la plena madurez física⁽⁶⁻⁸⁾.

La aceleración brusca de la velocidad de crecimiento, también llamado estirón puberal, es cada vez más precoz (posiblemente por la influencia de los factores ambientales y la mejora de la nutrición) y muestra diferencias en ambos sexos, tanto en su cronología como en su intensidad. En las chicas es más precoz, se inicia casi al mismo tiempo que la aparición de los caracteres sexuales secundarios, mientras que en los varones comienza cuando ya está avanzada la pubertad. La repercusión sobre la talla final es pequeña, pero tiene, en cambio, una marcada influencia sobre el proceso de remodelación morfológica, pues afecta de una manera desigual a los distintos segmentos corporales, probablemente porque la sensibilidad de éstos a los andrógenos es también distinta como consecuencia de la diferente concentración de receptores. El mayor aumento de peso en los varones va paralelo al brote del crecimiento muscular y de la talla. Este crecimiento de peso, talla y masa muscular es simultáneo en el varón, mientras que en las mujeres primero ocurre el brote máximo de talla, luego el correspondiente brote máximo de peso y, finalmente, el mayor aumento de la velocidad de crecimiento en relación a la masa muscular.

El crecimiento implica una correlación entre los sistemas endocrino y óseo. Muchas hormonas influyen en el aumento de la talla y la velocidad de crecimiento, como la hormona de crecimiento, tiroxina, insulina y corticosteroides, otras como la hormona paratiroidea, la dihidroxivitamina D 1,25 y la calcitonina, afectan a la mineralización ósea; siendo la hormona de crecimiento humana, se supone la hormona clave en el proceso. La secreción de esta hormona viene regulada por su factor de liberación hipofisario (GHRF), que la estimula, y la somatostatina, que la inhibe. La GHRF se libera de forma pulsátil, con un máximo durante el sueño de ondas cortas. La hormona de crecimiento, a su vez, lleva a cabo sus efectos a través de las somatomedinas (IGF: *Insulin like Growth Factors*), las dos principales son la IGF-I o somatomedina C y la IGF-II. El principal mecanismo de crecimiento es a través de la hGH, que estimula la IGF-I que, a su vez, actúa sobre el crecimiento óseo. Al llegar la pubertad, tanto los esteroides sexuales como la hormona de crecimiento participan en el inicio del estirón puberal. Durante la adolescencia se produce el brote máximo de crecimiento lineal, produciéndose un aumento importante de la velocidad de crecimiento que dura unos 2 años y después va descendiendo durante, al me-

TABLA 1. Efectos hormonales en la pubertad femenina

Hormona	Efectos
FSH	Estimula el desarrollo de folículos primarios y su maduración. Aumenta la producción de estrógenos
LH	Ovulación y formación del cuerpo lúteo. Producción de progesterona. Producción de andrógenos e induce la ovulación
Estradiol (E2)	Los niveles bajos potencian el crecimiento lineal y los niveles altos el cierre de las epífisis de los huesos largos, estimula el desarrollo de labios, vagina, útero y conductos de las mamas, estimula el desarrollo del endometrio proliferativo en el útero y colabora en la redistribución de la grasa
Progesterona	Estimula el desarrollo lóbulo alveolar de las mamas. Convierte el endometrio proliferativo en secretorio
Andrógenos suprarrenales	Estimula el crecimiento lineal, el vello púbico y axilar y acné

nos, 3 años más. Este pico de velocidad máxima de crecimiento también se produce en los órganos, como corazón, pulmones y órganos abdominales, excepto bazo. En el varón, además va a haber un aumento simultáneo de la masa muscular⁽⁸⁾.

El desarrollo puberal

Los componentes exactos de la secuencia que desencadena la pubertad aún están confusos. El sistema hipotálamo-hipofisario-gonadal inicia su funcionamiento durante la vida fetal y es únicamente la represión que el sistema nervioso central ejerce la que impide la pubertad durante la infancia. Ya en el feto pueden detectarse hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), gonadotrofinas (LH y FSH), con secreción pulsátil de la LH, estrógenos y testosterona en la semana 10^a de gestación. Durante este periodo fetal el hipotálamo es configurado como masculino y femenino; posteriormente la gonadotropina disminuye por la maduración de SNC y aumento de la sensibilidad del hipotálamo a las mismas. Tras el nacimiento y, por un corto período de tiempo, el control hipotalámico-hipofisario-gonadal funcional de forma parecido al adulto; con elevadas concentraciones de LH y FSH, y de testosterona y estradiol séricos en niños y niñas respectivamente; después los niveles de gonadotropinas y esteroides gonadales descienden a niveles prepuberales hasta que se alcanza la pubertad⁽⁶⁻⁸⁾.

El inicio de la pubertad se asocia a cambios en la unidad hipotalámica-hipofisaria; se produce un aumento nocturno, en relación el sueño de la secreción pulsátil de la LH, secundario a un aumento de la GnRH; un descenso en la sensibilidad del hipotálamo y la hipófisis al estradiol y la testosterona, por lo que las gonadotrofinas aumentan; en las niñas, además, se desarrolla un sistema positivo de retroalimentación. Igualmente, las gonadotropinas aumentan durante la pubertad, la LH de forma estable y la FSH en la maduración sexual estadio III. De la misma manera au-

mentan durante la pubertad las hormonas sexuales (estradiol, testosterona, DHAS, progesterona, 17-hidroprogesterona, 5-dihidrotestosterona y otras). Asimismo, en la pubertad se produce un aumento en la secreción de esteroides sexuales por las suprarrenales, de forma independiente a los cambios hipotalámico-hipofisarios que se inician aproximadamente dos años antes que el incremento de los esteroides gonadales. También aumenta la somatomedina C plasmática, sobre todo al final de la pubertad. En los adultos, el estímulo para la secreción de gonadotropina procede del SNC por la secreción pulsátil de GnRH hipotalámica, la frecuencia y amplitud de la pulsación de GnRH es decisiva para la secreción de gonadotropinas, de forma que, en función de éstas, la estimulará o inhibirá. No está claro cuál es el mecanismo que controla la secreción de GnRH, probablemente intervengan neurotransmisores como las catecolaminas, la serotonina y péptidos opiodes endógenos. Los esteroides sexuales ejercen un *feedback* negativo sobre la producción de gonadotropinas, tanto a nivel de hipotálamo como de hipófisis. Otras hormonas también se ven afectadas por la pubertad, y así, la secreción de insulina aumenta un 30% en relación con la menor sensibilidad de los adolescentes a esta hormona (Tablas 1, 2).

Este periodo se acompaña también por la aparición progresiva de los caracteres sexuales secundarios, como respuesta a la actividad gonadal. Este desarrollo se clasifica en 5 estadios (estadios de Tanner) que van desde el periodo prepuberal hasta el adulto. El final de este periodo viene determinado por los esteroides sexuales, responsables del cierre de las epífisis (Tablas 3, 4, 5).

En el varón, durante la adolescencia ocurren cambios importantes en esos órganos. Los testículos y el escroto comienzan a crecer con rapidez aproximadamente a la edad de 11 años y medio. Dicho crecimiento se vuelve bastante más rápido después de la edad de 13 años y medio para luego hacerse más lento. Durante este periodo, los testículos

TABLA 2. Efectos hormonales en la pubertad masculina

Hormona	Efectos
FSH	Proliferación de los túbulos seminíferos. FSH + altas concentraciones locales de testosterona = espermatogénesis
LH	Estimulación de las células de Leydig para la secreción de testosterona
Estradiol (E2)	Aumenta la velocidad de fusión epifisaria, estimula la secreción de las glándulas sebáceas, aumenta la libido, la masa muscular y el volumen muscular, siendo causa de la ginecomastia transitoria
Testosterona	Acelera el crecimiento lineal, incrementa la velocidad de fusión epifisaria, el crecimiento del pene, escroto, próstata, vesículas seminales, vello facial axilar y pubiano, la recesión fronto-temporal del cabello, el acné, el desarrollo laríngeo (cambio de voz), desarrollo muscular y esquelético, aumenta la libido y la cantidad de hemáties.
Andrógenos suprarrenales	Efecto encubierto por acción de las testosterona, incrementa el crecimiento lineal y vello púbico

TABLA 3. Estadios del desarrollo sexual en el varón

	Testículos	Escroto y pene
G ₁	Volumen < 4 cc.	Infantil
G ₂	4-6 cc.	Escroto enrojecido, mas fino y mayor. Pene: sin cambios
G ₃	6-12 cc.	Escroto: gran aumento tamaño. Pene: aumento en longitud
G ₄	12-20 cc.	Escroto: prosigue aumento de tamaño y color más oscuro. Pene: aumenta longitud y diámetro
G ₅	> 20 cc.	Escroto y pene tipo adulto

TABLA 4. Estadios del vello púbico con el desarrollo sexual en ambos sexos

VP ₁	No existe
VP ₂	Pequeña cantidad de vello largo y fino, ligeramente pigmentado a lo largo de la base del escroto y el pene en el varón y en los labios mayores en la mujer
VP ₃	Cantidad moderada de pelo más grueso y más rizado que se extiende, además, en sentido lateral
VP ₄	Pelo parecido al adulto en cuanto a grosor y rizado, pero no se extiende a la cara interior de los muslos
VP ₅	Tipo adulto, extendiéndose por la cara interna de los muslos

aumentan una y media veces su tamaño y su peso aproximadamente ocho y media veces. El pene dobla su tamaño y su diámetro durante la adolescencia, con el crecimiento más rápido entre los 14 y 18 años. Tanto la próstata como las vesículas seminales maduran y empiezan a secretar semen.

En este tiempo maduran las glándulas de Cowper y empiezan a secretar el fluido alcalino que neutraliza la acidez de la uretra y la lubrica para permitir el paso seguro y fácil del espermatozoide. El cambio más importante dentro de los testículos es el desarrollo de las células espermáticas maduras. El proceso total de espermatogénesis transcurre desde el momento en que se forma el espermatogonio primitivo hasta que se convierte en un espermatozoide maduro. Los adolescentes pueden preocuparse por poluciones nocturnas, conocidas como sueños húmedos; dichas experiencias son normales, no ocasionan daño alguno y pueden ser aceptadas como parte de su sexualidad normal (Tablas 3, 4).

En las adolescentes aumenta la longitud de la vagina, su cubierta mucosa se hace más gruesa y más elástica y cambia a un color más intenso. Las paredes internas de la vagina cambian su secreción de la reacción ácida en la adolescencia. Las glándulas de Bartolino empiezan a secretar sus fluidos. Los labios mayores, prácticamente inexistentes en la niñez, se agrandan considerablemente durante la adolescencia al igual que los labios menores y el clítoris. El mon-

TABLA 5. Estadios del desarrollo sexual en la chica

	Mama	Areola y pezón
M ₁	Prepuberal, no hay tejido glandular	La areola no sobresale de la línea torácica general
M ₂	Aparición del botón mamario, cantidad pequeña de tejido glandular	
M ₃	Mayor y más saliente. Se extiende por debajo de la areola.	
M ₄	Aumenta tamaño y elevación	Forman un abultamiento que se proyecta en el contorno de la mama
M ₅	Mama adulta. Tamaño variable	Areola y mama en el mismo plano, con el pezón proyectándose por encima de la areola

te de venus se hace más prominente por el desarrollo de una almohadilla de grasa. El útero duplica su tamaño, mostrando un incremento lineal durante el período que va de los 10 a los 18 años. Los ovarios incrementan notoriamente su tamaño y peso, muestran un crecimiento bastante estable desde el nacimiento hasta los 8 años, cierta aceleración desde los 8 años hasta el momento de la ovulación (12 a 13 años) y un incremento muy rápido después de alcanzar la madurez sexual. Indudablemente, éste es el resultado de la maduración de los folículos; cada niña nace con aproximadamente 400.000 folículos en cada ovario. Para el momento en que alcanza la pubertad, este número ha disminuido a cerca de 80.000 en cada ovario. Por lo general, un folículo produce un óvulo maduro aproximadamente cada 28 días por un periodo de 38 años, lo que significa que maduran menos de 500 óvulos durante los años reproductivos de la mujer.

Maduración sexual

La maduración sexual es el resultado de las transformaciones morfológicas y fisiológicas que transforman el cuerpo del niño en el de adulto, dándole la capacidad de procrear. El conocimiento de estos fenómenos y su valoración con los clásicos estadios de Tanner es fundamental para poder valorar si el proceso puberal; junto a otras características somáticas es acorde en relación al sexo, la edad y la interrelación. Comporta el establecimiento de la identidad de género y sexual, las actitudes y valores en relación a la sexualidad, orientación sexual, comportamiento sexual, el conocimiento de la sexualidad y el desarrollo de las habilidades sexuales.

La orientación sexual del adolescente, al margen de las prácticas que puedan haber existido inicialmente, puede dirigirse hacia personas del mismo sexo o hacia actividades sexuales peculiares. La homosexualidad es una particular

orientación del deseo ante la que hay que dejar de lado todo el prejuicio moralizante y toda idea preconcebida. Las relaciones sexuales en el ser humano no se limitan a observar un comportamiento encaminado a la reproducción, sino que ponen en juego un profundo intercambio de deseos y peculiaridades individualidades. Durante la adolescencia, el deseo sexual de los jóvenes puede verse afectado por tendencias particulares; puede ser ambivalente hasta conseguir la identidad sexual u otras prácticas (fetichismo, sadismo, masoquismo), exactamente como sucede con los adultos. Al analizar la sexualidad de los jóvenes durante la adolescencia hay que referirse, casi siempre, a prácticas más que tendencias. Su verdadera definición sexual puede discurrir por causas muy distintas a determinadas conductas específicas que, de forma ocasional, puedan aparecer. Nada está consolidado en ellos ni nada es aún definitivo

Características psicosociales

La adolescencia es, sin duda, un período difícil de la vida, tanto para el propio adolescente como para su entorno. En ella, junto a los cambios biológicos citados, se producen cambios en su mundo psicológico y social. De los adolescentes se admira su exuberancia, el entusiasmo y el idealismo pero, a la vez, se temen sus conductas impulsivas y su proceder egocéntrico que pueden determinar, a la larga, consecuencias negativas para su salud y sus relaciones sociales.

Los problemas derivados de la personalidad y sus peculiaridades psicosociales de los adolescentes no son nuevos. Indudablemente se van modificando con el desarrollo de la humanidad y de las sociedades. Es a finales del siglo XIX cuando comienza considerarse como una etapa diferenciada en el desarrollo psicológicamente compleja, pero no olvidemos, ha existido siempre. Ya Sócrates decía: “nues-

tros jóvenes ahora aman el lujo, tienen pésimos modales y desdeñan la autoridad, muestran poco respeto por sus superiores y prefieren la conversación insulsa al ejercicio, los muchachos son ahora los tiranos, y no los siervos, de los hogares, ya no se levantan cuando alguien entra en su morada, no respetan a sus padres, conversan entre sí, cuando están en compañía de los mayores, devoran la comida y tiranizan a sus maestros". Y Aristóteles daba descripciones de los jóvenes a los que calificaba como: "apasionados, irascibles, categóricos en sus afirmaciones y propensos a dejarse llevar por sus impulsos".

Tanto los adolescentes como sus familias pueden percibir los años que comprende la adolescencia como una época tormentosa y emocionalmente agresiva plagada de frecuentes enfrentamientos entre unos y otros. En la adolescencia, en la que se produce un rápido desarrollo físico, también hay profundos cambios emocionales que, aunque pueden ser excitantes, no obstante también pueden resultar confusos e incómodos, tanto para el adolescente, como para sus padres.

Estos cambios suelen comenzar a la edad de los once años en las adolescentes y a los trece en los varones. Los cambios hormonales responsables realmente comienzan años antes y pueden dar lugar a períodos de inquietud y mal humor. Las niñas experimentan estos cambios antes que los niños. Debido a esto, en la adolescencia precoz, ellas parecen madurar mucho más rápido, pero después los varones las alcanzan para, a la edad de 18 años, convertirse ambos en adultos jóvenes. No es sorprendente que, debido a la velocidad de estos cambios, algunos adolescentes lleguen a estar tan preocupados por su apariencia que precisen ser tranquilizados, especialmente si ellos no creen o maduran tan rápidamente como lo hacen sus amigos.

La primera regla para las chicas o el cambio de voz en los chicos son acontecimientos importantes que pueden tener lugar en edades diferentes entre los adolescentes. Todo este crecimiento y desarrollo utiliza gran cantidad de energía, lo cual podría tener que ver con el hecho de que los adolescentes parecen necesitar dormir más. El que se levanten tarde puede irritar a sus padres, pero generalmente no es fruto de la pereza u holgazanería. A la vez que se hacen más altos, comienzan a afeitarse o tienen reglas, comienzan a pensar y a sentir de forma diferente. Es la época en que empiezan a establecer relaciones íntimas fuera del entorno familiar con amigos de su misma edad. Las relaciones con la familia se transforman, los padres se hacen menos imprescindibles cuando los adolescentes desarrollan su vida fuera de la familia. Los adolescentes suelen pasar mucho tiempo en compañía de personas ajenas a la familia o hablando por teléfono con sus amistades. Es una forma importante de lograr un sentido de identidad propio, independiente del de su familia. Estas amistades forman par-

te del aprendizaje. En esta época, el vestido y la apariencia física adquieren gran importancia, como forma de expresar solidaridad con los amigos, como la manera de declarar su creciente independencia de la familia.

La apariencia física adquiere gran importancia en la adolescencia, relacionándose con el éxito. La mayoría de los adolescentes se interesan más en su aspecto que en cualquier otro asunto de sí mismos, y a muchos no les agrada lo que ven cuando se ven en el espejo. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda y atléticos; las niñas quieren ser atractivas, delgadas, pero con formas, y con una piel y un cabello hermoso, cualquier cosa que haga que atraigan a los adolescentes del sexo opuesto. Los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, su complexión y rasgos faciales, siendo frecuente los problemas de imagen que pueden tener como consecuencia la aparición de trastornos psicológicos tales como falta de autoestima, depresión, trastornos nutritivos, abuso de alcohol, drogas, etc. Generalmente los varones están más satisfechos de su imagen que las chicas, debiéndose valorar su autoestima pues puede generar problemas psicológicos^(9,10).

En la adolescencia temprana, caracterizada por la rápida aceleración del crecimiento y maduración física, dedican sus energías intelectuales y emocionales fundamentalmente a la reevaluación y reestructuración de su esquema corporal y la aceptación por los "pares", de forma que no les consideren diferentes. La adolescencia media, marcada por el desarrollo puberal, se acompaña de nuevas aptitudes del pensamiento, mayor reconocimiento de la inminencia de la edad adulta y el deseo de establecer una distancia emocional y psicológica respecto a los padres. La adolescencia tardía tiene como característica principal la preparación para funciones de adulto, la definición de la vocación y el establecimiento de los valores personales. En la tabla detallamos las principales características (Tabla 6).

La transformación psicológica experimentada en la adolescencia con la adquisición plena de la identidad individual, la independencia progresiva de los adultos, la transición de la etapa del pensamiento concreto a la fase de razonamiento abstracto y reflexivo y el desplazamiento de la familia como núcleo exclusivo o predominante de las relaciones afectivas y su sustitución por grupos de jóvenes de uno y otro sexo, va a modificar la conducta de los adolescentes, y puede dar lugar a desajustes, pudiendo aparecer, en determinadas ocasiones la inadaptación familiar, escolar, social, sexual, o profesional hasta la aparición de una conducta claramente antisocial o delictiva.

El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse a partir de los 10 años cuando empieza a pertenecer a pequeñas pandillas con la única finalidad de jugar y de hacer travesuras. A medida que se va desarrollando tiene otras inquietudes a la hora de elegir a un amigo siendo electivo. Los amigos tienen que tener las mismas inquietudes, idea-

TABLA 6. Características psicosociales de los adolescentes

Adolescencia precoz	<p>Contacto y relación con la familia. Se concentra con los grupos de su edad. Se preocupa de su cuerpo al comenzar la pubertad. Compara su normalidad con sus amigos del mismo sexo. Explora sus capacidades de abstracción Debe estimularse que vaya solo a la consulta. Se hace la pregunta: ¿soy normal? Está preocupado del desarrollo de sus caracteres sexuales Comienza a pensar las posibilidades para su vida ulterior</p>
Adolescencia media	<p>Conflictos por su independencia. Le preocupa su capacidad para relacionarse con el sexo opuesto. Sus pautas de conducta son marcadas por su grupo de edad. Aumenta el conocimiento cognoscitivo Debemos favorecer su independencia. Comienzan las conductas y actividades sexuales. Los compañeros determinan si se adapta o no a determinadas reglas. Tiene capacidad para establecer objetivos para el futuro</p>
Adolescencia tardía	<p>La emancipación está casi asegurada. Las relaciones no son narcisistas. Su imagen corporal y su sexo están asegurados. Sigue aumentando el desarrollo cognoscitivo. Comienzan a definirse los papeles funcionales Con la emancipación comienza a valorar las consecuencias de sus acciones. Establece un código moral propio. Permite ser más directos en las preguntas y respuestas. Puede hacerse más participe de todas las opciones. Puede hablar y discutir de objetivos vitales</p>

les y a veces hasta condiciones económicas; el grupo suele ser heterogéneo, compuesto de ambos sexos, lo que condiciona esto la mayoría de las veces la mutua atracción, comenzando sus tácticas amorosas.

El grupo del adolescente se inicia sólo con dos (el adolescente y el amigo) y el paso de un grupo a otro se caracteriza porque el chico ya no se interesa por las aventuras de pandilla a la que siempre ha pertenecido y busca la soledad; se asocia a un compañero, nada más que a uno; así inicia el grupo puberal. Algunos psicólogos consideran esta etapa como una de la más críticas del ser humano, pues el adolescente ve a la sociedad o al mundo como un tema de crítica y rechazo, rompe la unión que le vincula a los padres, desconoce la autoridad o cualquier liderazgo y entra en ese período transitorio en donde no pertenece a una pandilla pero tampoco forma parte de un grupo puberal. La comprensión la buscan fuera, en los compañeros, en los amigos, hasta encontrar el que va a convertirse en su confidente, pues los adultos no cubren esos objetivos.

La crítica y los sentimientos trágicos son la fuente de una conversación en dos adolescentes; hablan de las chicas/os, de los paseos y fiestas, de los conflictos con los padres o depresiones. Estas conversaciones están llenas de resentimientos imprecisos y son la fuente de verdaderas críticas normativas. Esas conversaciones sirven para dejar salir sus preocupaciones y dar descanso a los estados trágicos. A veces las amistades en la adolescencia son pasajeras; a medida que pasa el tiempo, sus intereses van cambiando, pronto su sentido social los lleva a extender el número de miembros. Cuando la amistad está formada por dos chicos, cuya situación conflictiva con el mundo es grave, el lazo de unión lleva a una fuerte dosis de resen-

timiento, todo gira en torno a actos de trasgresión que llamaremos conducta antisocial.

A veces se produce una transferencia imitativa de la personalidad que acontece cuando la pareja de amigos busca y tiene su modelo en una personalidad superior y no está satisfecha con la igualdad o polaridad de sus tipos; sus modelos a imitar son, por lo general, gente del medio artístico.

Las actividades de los adolescentes tienen también como objetivo el olvido, el instinto de mostrar que el alma se carga de sentimientos dolorosos, tristes, y que únicamente en esa época de la vida se tiene complacencia del dolor, mediante sus tramitaciones en placer. El adolescente no es un ser esencialmente alegre. En consecuencia, el adolescente gusta de placeres como bailar, asistir a paseos, ir al cine para mantenerse alegre pero, cuando vuelven a la soledad, la tónica dominante no es precisamente la alegría.

Durante la adolescencia existen nuevos hábitos entre los que destacan los alimentarios relacionados con la autoimagen y sus peculiaridades psicosociales. Los hábitos alimentarios, en general, se adquieren en el entorno familiar, empiezan a formarse desde el nacimiento y se desarrollan en la infancia y, en particular, en la adolescencia. Las costumbres nutricionales adquiridas en la niñez, y afianzadas en la adolescencia, se modifican muy poco en años posteriores. La infancia y la adolescencia constituyen, por tanto, una etapa de indudable interés para la nutrición, pues supone una etapa de promoción y consolidación de los hábitos alimentarios que es, además, potencialmente influenciable. La adolescencia es, normalmente, la última oportunidad para instaurar los hábitos que perdurarán en la edad adulta. Los hábitos alimenta-

rios del adolescente están influenciados, por una parte, por el tipo de alimentación familiar y, por otro, por las conductas de otros adolescentes de su entorno y por la influencia de los estilos de vida del momento. En las últimas décadas, los hábitos alimentarios de los adolescentes se han transformado por varios motivos: la mayor independencia del adolescente, su cierta disponibilidad de dinero posibilitando gastos propios, la introducción de los hábitos de consumo de *snacks* (alimentos sólidos o líquidos tomados entre comidas), la oferta de restaurantes de comidas rápidas o *fast food* y la disponibilidad de alimentos precocinados para consumir en casa. Este grupo de población se caracteriza por una ingesta excesiva de carne, grasas, azúcares refinados y dulces, productos refinados y alcohol, y una ingesta insuficiente de frutas, verduras frescas, cereales integrales y pescado.

– *Snacks*: el comer entre las comidas principales constituye para los adolescentes una parte importante de su estilo de vida. Los *snaks* constituyen una serie de alimentos variados, ricos en general en mezclas de grasas y azúcares variados, entre los que figuran porciones de *pizza*, bocadillos con embutidos o paté, diversos tipos de pastelería, chocolates en distinta presentación con o sin leche, frutos secos, helados y batidos, patatas fritas en paquetes o preparaciones sintéticas de alimentos con sabores atractivos (a jamón, a barbacoa), etc. En general proporcionan una cantidad alta de energía con poca densidad de nutrientes, por lo que se les ha atribuido que pueden favorecer el déficit de calcio, hierro, vitamina A, vitamina D y vitamina B₆ o bien suponer un aporte excesivo de energía, grasas y sodio. Los hábitos actuales muestran que las tendencias por parte del adolescente es la de consumir alimentos tipo *snack* entre 10 y 30% del total energético de la dieta diaria. Se calcula que aproximadamente un 45% de los adolescentes en los países occidentales toman al menos 2 veces al día *snacks* de alto contenido calórico y ricos en grasa. Cambiar las tendencias del adolescente respecto al consumo de *snaks* es difícil, resultaría más eficaz orientar hacia una correcta selección en su consumo y estimular a la industria alimentaria a que produzcan *snacks* que representen una eficaz contribución a la nutrición del adolescente. Por ello no hablaríamos de alimento basura, sino de “dieta basura” y ello cuando se produce una reiteración rutinaria del consumo predominante de una serie de alimentos mal equilibrados desde el punto de vista de su composición en nutrientes, que influyen en la idoneidad del conjunto de la dieta.

– *Comidas rápidas*: las comidas rápidas o *fast food* también constituyen otro elemento clave en la nutrición de nuestros días. El hábito de consumo de comidas rápidas va en aumento. Consumir este tipo de comidas, así como preparar comidas precocinadas en la casa, están alcanzando gran popularidad. La tendencia a las comidas rápidas se ha exten-

dido enormemente, y ha sido atribuida al trabajo de la mujer fuera de la casa, al aumento de la prevalencia de estilos de vida distintos, a la mayor disponibilidad de dinero y a motivos de consumo propiamente dichos, como encontrar esta tendencia novedosa y divertida y en los adolescentes incluso una ocasión de compartirla con los padres o con los amigos. Este nuevo modo de comer presenta un fuerte componente social; el adolescente suele ser económicamente débil y los restaurantes de comidas rápidas ofrecen la posibilidad de reunirse con los amigos por poco dinero. En general, en las comidas rápidas hay un exceso de proteína, son pobres en fibra, aportan bajos contenidos de calcio, hierro, magnesio, cinc, ácido fólico, vitaminas A, C, E y B₆, mientras que el aporte energético es alto. La repercusión nutricional de este tipo de comidas sobre el adolescente, va a depender naturalmente de la frecuencia de su consumo, del menú que seleccione en estas ocasiones y de los alimentos que consume en su casa y que constituyen el resto de su dieta diaria. El consumo ocasional de este tipo de comidas no supone ningún daño nutricional si el resto de la dieta es equilibrada, siempre y cuando quede garantizada la impecabilidad del producto desde un punto de vista higiénico-sanitario. Sin embargo, estudios recientes alertan de la repercusión del consumo de alimentos altamente procesados por parte de los adolescentes, en la absorción de algunos nutrientes fundamentales para su desarrollo, como la proteína⁽¹¹⁾.

Los adolescentes de esta generación tienen gran cantidad de conocimientos sobre los alimentos que deben o no consumir y creen que una alimentación saludable implica moderación balance y variedad. Sin embargo, este conocimiento no parece determinar su comportamiento alimentario y, frecuentemente consumen alimentos que perciben como insanos. Así pues, su actitud viene condicionada por una serie de barreras, entre ellas la falta de tiempo. Además, tienden a asociar situaciones y sentimientos opuestos con “alimentos saludables” (estar con los padres, estar en casa, preocuparse por el peso, comidas principales) y “alimentos basura” (estar con amigos, estar fuera de casas sin los padres, disfrutar, entrar en establecimientos, *snacks*, no estar bajo control). Estudios recientes confirman la idoneidad de una dieta basada en los patrones de la dieta mediterránea en determinados aspectos del crecimiento, para los cual es necesario modificar los hábitos actuales⁽¹²⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prieto de Sosa R, Tojo Sierra R, Cornellá i Canals J. Declaración de Santiago de Compostela sobre la atención del adolescente. *Ann Esp Pediatr* 1999; 51: 345.
2. Galdó G. Adolescencia. En: M. Cruz, M. Crespo, J. Brines y R. Jiménez, eds. *Compendio de pediatría*. Barcelona. Espaxs, 1998.
3. Galdó G. La adolescencia. Un periodo de características biopsicosociales. *Ann Esp Pediatr* 1999; Supl. 124: 1-6.

4. Galdó G. Adolescencia. Introducción. *Vox Pediátrica*, 2002; 10: 57-61.
5. Galdó G. La adolescencia. *Investigación clínica* 2004; 1: 78-80.
6. Dulanto et al. El adolescente. McGraw Hill Interamericana. Mexico, 2000.
7. Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suarez Ojeda TN. Manual de medicina de la adolescencia. Org Panamericana de la Salud. Washington, 1992.
8. Castellano Barca G, Hidalgo Vicario I, Redondo Romero. Medicina de la adolescencia. Atención integral. Ed. Ergon. Madrid, 2004.
9. Castels P, Silber THJ. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Barcelona. Ed. Planeta, 1998.
10. Martínez Costa J, Comín J. Los adolescentes sanos. Retos. Imprenta R'paida Llorens. Valencia, 2003.
11. Seiquer I, Díaz-Alguacil J, Delgado-Andrade C, López-Drias M, Muñoz-Hoyos A, Galdó G, Navarro MP. Diets rich in Maillard reaction products affect protein digestibility in adolescent males aged 11-14 year. *Am J Clin Nutr* 2006; 83: 1082-8.
12. Mesías M, Seiquer I, Galdó G, Muñoz-Hoyos A, Navarro MP. Idoneidad de la dieta mediterránea para el desarrollo óseo durante la adolescencia. *Public Health Nutrition* 2006; 9: 136.

El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios

L. Rodríguez Molinero

Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid

RESUMEN

Este tema daría para varios libros. La mayor dificultad ha sido sintetizar en un artículo la cantidad de teorías, hipótesis y evidencias sobre el mundo del adolescente en una sociedad en cambio constante sometida al consumo, la industria, la producción y el mercado.

He presentado una síntesis actualizada y, en ocasiones, en forma de esquema, para provocar el estudio, la comprensión y suscitar la creación de servicios de ayuda a la familia y a los adolescentes. En general la socialización y la educación son cada vez tareas que exceden la propia familia. Los profesionales de la salud, en sus dimensiones física, psíquica y social, podemos intervenir en lo referente a la prevención primaria.

Existe amplia bibliografía al respecto. Me ha parecido más realista los estudios españoles al tratarse de nuestro ambiente y nuestra circunstancia ya que la diferencia de valores, costumbres y normas de una sociedad a otra hace hablar de tantas adolescencias como sociedades.

El Instituto de la Juventud Español tiene múltiples estudios (se citan en la bibliografía) que me han ayudado a ofrecer una visión actualizada del adolescente y su entorno.

Palabras Clave: Adolescencia; Familia; Escuela; Amigos y medios de difusión de masas.

ABSTRACT

This subject would be sufficient for several books. The greatest difficulty has been to summarize the amount of theories, hypotheses and evidence on the adolescent world in

a constantly changing society subjected to consumption, industry, production and the market in one article.

I have presented an updated syntheses, sometimes in outline form, to provoke the study, understanding and creation of services that help the family and the adolescents. In general, socialization and education are increasingly becoming tasks that surpass the family itself. Health care professionals in their physical, psychic and social dimensions should intervene in regards to primary prevention. There is extensive bibliography in this regards. I have considered that the Spanish studies are more realistic as they are on our setting and circumstance since the difference in values, customs and standards of a society from one society to another make it necessary to refer to as many adolescents as societies.

The Spanish Youth Institute has many studies (mentioned in the bibliography) then it helped me to offer an updated view of adolescents and their setting

Key Words: Adolescence; Family; School; Friends and mass communication methods.

INTRODUCCIÓN

La **adolescencia** es una etapa de preocupación en las familias y, durante muchas generaciones, lo seguirá siendo. Se trata de una etapa larga (y, mientras se mantenga este modelo social, lo será más...) caracterizada en lo físico por cambios rápidos y readaptaciones constantes personales, familiares, académicas y sociales. Sin embargo para muchos investigadores, lo más llamativo de esta etapa es la relación con la sociedad hasta el punto que se ha desarrollado todo un sistema para entender esta etapa desde un modelo sociológico (teoría del aprendizaje social de Bandura). Este modelo atribuye mucho valor a la influencia que ejerce la sociedad sobre los adolescentes: la pérdida del *rol* educativo de los padres, la oferta de un consumo sin límites, la falta de horizontes de futuro capaces de ilusionarles, la so-

Correspondencia: L. Rodríguez Molinero. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid
e-mail: lrmolinero@hotmail.com
Recibido: Enero 2007

REV ESP PEDIATR 2007;63(1):29-37

TABLA 1. Adolescencia: crisis evolutiva y cultural

Periodo de cambios
Muy significativos Amplios Rápidos Determinantes
Crisis evolutiva
Readaptaciones constantes personales, familiares académicas y sociales
Crisis cultural
Oferta de consumo sin límites Pérdida de <i>rol</i> educativo y protector de los padres Falta de horizontes de futuro Sociedad que sobrestimula y sobrestimula a la población Sociedad que niega una educación y asistencia

breestimulación sensorial y la sobreexcitación sobre una personalidad aún inmadura, la ausencia de servicios asistenciales de tipo sanitario o social que atiendan sus demandas etc.⁽¹⁾ (Tabla 1).

Los cambios rápidos biológicos van seguidos de necesidades psicológicas y sociales que producirán impacto en el desarrollo del adolescente. **Intelectualmente**, después de los doce años, aparece el denominado pensamiento formal, que permite la abstracción y la generalización, y que posibilita resolver las situaciones y las acciones concretas. La idea de justicia pasa a ser un eje central del pensamiento y de las emociones. Los y las adolescentes se hacen especialmente críticos con los diferentes contextos en que viven.

El problema que se plantea con mayor intensidad el adolescente es el de encontrar bases sólidas sobre las que **fundamentar su identidad**. Aparece la conciencia de poseer un cuerpo sexuado, la altura y la fuerza física varían constantemente, vive íntimamente ligado a la madurez e independencia y pasa de comportamientos extrovertidos a momentos de radical inhibición y enclaustramiento. La oposición a las normas sociales y familiares aparece como un modo de construir y afianzar dicha identidad (Tabla 2).

Igualmente se trata de un periodo crítico en lo que a **necesidades sexuales** se refiere. Lo que los padres y educadores no podemos olvidar es que las capacidades sexuales de un adolescente son, desde el punto de vista biológico, iguales a las de un adulto. Hay, por tanto, que dejar de lado la visión negativa de la sexualidad y abordarla con actitudes positivas.

La atención del adolescente está constantemente dirigida hacia los demás, al mundo social. Es imprescindible **respetar y entender la importancia que tienen los amigos pa-**

TABLA 2. Etapas de crecimiento y desarrollo psicológico

Adolescencia temprana
Independencia: – < Interés en los padres – > Amistades isosexuales retos de autoridad – > Intimidad y privacidad
Identidad: – > Habilidades cognitivas – > Fantasía – > Turbulencia – > Falta de control – > Metas e ideales
Imagen: – Preocupación por los cambios puberales, incertidumbre sobre la apariencia
Adolescencia media
Independencia: – Máxima conflictividad con los padres – > Relación con los pares – > Experiencia sexual
Identidad: – Conformidad con los valores de los compañeros – Sentimientos de invulnerabilidad – Conductas de riesgo
Imagen: – Preocupación por la apariencia – Deseo de un cuerpo atractivo – Interés por la moda
Adolescencia tardía
Independencia: – Emocionalmente cerca de los padres – Necesidad de relaciones íntimas – El grupo de compañeros aparece como importante
Identidad: – Desarrollo de sistema de valores – Metas vocacionales reales – I. Personal y social con capacidad de intimar
Imagen: – Aceptación de la imagen corporal

ra los adolescentes. Y es necesario que dispongan de tiempo y espacio para el ocio y el tiempo libre.

En esta etapa de la vida, los adolescentes **construyen su identidad proyectándose en sus iguales**. Ven a los adultos diferentes y ajenos a ellos aunque quieren adoptar las mismas condiciones que los mayores y van a esperar de

éstos recibir un trato igualitario y no una relación de subordinación.

Resulta imprescindible que los adolescentes puedan **participar de forma activa y negociada, con los adultos** en las distintas cuestiones que les afecten. Esto no significa que no deban tener límites, por el contrario, **la resolución de conflictos negociada y pactada es necesaria también para el aprendizaje de los hábitos democráticos**, para la participación en la elaboración de normas y para la consecuente construcción activa de una moral autónoma.

Sin embargo, la cultura occidental no ha resuelto el rol que ha de asignar a sus jóvenes. Los adolescentes, en las edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, siguen necesitando instrucción pero también integración activa en la sociedad.

Preparados biológica y cognitivamente para integrarse en la sociedad y ser autónomos siguen, sin embargo, dependiendo durante muchos años de sus padres. Se trata de un tema sobre el que las sociedades desarrolladas deben reflexionar, ya que algunos problemas que manifiestan hoy en día los adolescentes nos llevan a pensar que, posiblemente, no estemos atendiendo bien sus necesidades.

La sociedad occidental ha creado unas **corrientes de moda, publicidad y consumo** que determinan la conducta de los individuos y son bastante ajenas al bienestar de los adolescentes. Problemas como el alcoholismo, otras toxicomanías, y enfermedades como la anorexia y la bulimia, son formas de maltrato cultural hacia la población adolescente.

LA FAMILIA

La familia es el lugar donde se desarrolla el adolescente desde el nacimiento. Si en ella se satisfacen todas las necesidades, el desarrollo y la adaptación del adolescente se hará sin sufrimiento.

La familia española ha sufrido en muy pocas décadas la transformación que otros países han pasado en un siglo. Antes de la sociedad industrializada, las familias españolas eran unidad de producción y aprendizaje. Con el desarrollo se fueron perdiendo funciones y al mismo tiempo se produjeron cambios adaptativos a la nueva sociedad: disminución del número de miembros y mayor distanciamiento relacional, y emocional. El sociólogo Miguel Requena denomina **eclipse de la razón doméstica**, al proceso en el que las familias a lo largo de su modernización han ido perdiendo funciones y cambiando su forma. La **familia actual**, familia nuclear, formada por los padres y un número reducido de hijos (entre uno o dos ...) es una **unidad sentimental**, siendo un refugio para los afectos, el desarrollo personal y el reconocimiento mutuo de los integrantes. De hecho, hace no más de un siglo, el amor, el respeto o el cariño eran elementos ajenos a la unidad familiar^(2,3). Probablemente, con los cambios familiares descritos y la incorporación de la mujer al trabajo no se ha pro-

TABLA 3. Características de la familia funcionante

Vitalidad
Ambiente honesto
Los miembros se escuchan y son capaces de demostrar amor, afecto y desacuerdos.
Cada persona siente sus propios derechos. Se siente valorada y querida por los otros miembros.
Sus cuerpos son más expresivos. La voz es sonora, se siente escuchado.
Se tiene en cuenta a los niños y se les da protagonismo.
Entiende el abrazo, el beso... y huyen del "hay que ser fuerte..." o "...los hombres no lloran."
Saben enfrentarse a los problemas.
Los padres son educadores. Le acompañan en su crecimiento. Coherentes entre lo que se dice y lo que hacen.
Saben que tiene que prepararse para ser padres. Que ser padres es un oficio que se va aprendiendo.
Son comprensivos con los hijos y tienen preocupación por lo que les pasa.
Aceptan los cambios como algo importante, viéndolos positivamente (p. ej. la menarquia)
Las etapas suponen perfección de la familia.
Sienten, piensan...
Tienen autoestima alta

ducido un compromiso paralelo del varón a las tareas familiares tradicionalmente atribuidas a la mujer.

Necesidad de establecer vínculos afectivos incondicionales

El vínculo del apego. Es como un espejo incondicional que nos devuelve aquello que nos gusta: "...así eres, así te quiero...". Nos ayuda a construir una afectividad segura y confiada. Lo opuesto, es la soledad emocional, el sentimiento de desconfianza y desprotección. Esta soledad se hace intolerable y hasta la salud física se hace vulnerable. Nos enseña un estilo relacional que refleja un grado de confianza o desconfianza hacia los demás, con repercusión en las relaciones sociales, de amistad y de intimidad; y un código necesario a usar en la comunicación y en

TABLA 4. Características de la familia disfuncionante

Aquellas de ambiente frío, cortés, cargado de secretos...
Los integrantes apenas se toleran. La relación es poco amistosa.
Los cuerpos son tensos, rígidos, porque no se comunican sentimientos.
Rostros tristes, depresivos; los ojos bajos que esquivan la mirada. Los oídos no escuchan, se impide pensar.. .
Descalificación mutua. Psicorrigidez.
Unidos por el dolor. Sufren todos. Humor sarcástico y cruel... "Ya lo decía yo..." "... tú no sirves más que para..."
Los adultos, preocupados más por lo que se debe o no se debe hacer, que por los hijos.
Cuando una pareja es conflictiva crean hijos conflictivos: "No me gusta pero es lo que conozco...". Se transmite por imitación de modelos

la intimidad: tocar y ser tocado, mirar y ser mirado, abrazar y ser abrazado, expresar emociones, entenderlas...^(1,4) (Tablas 3, 4 y 5).

La madre suele ser la figura de apego más común, pero no la única. Es necesario preparar a los padres a ser buenas figuras de apego porque esto es más decisivo que tal o cual información o educación... Por eso muchos padres educan excelentemente sin necesidad de conocer grandes cosas ...

Criar, educar, socializar

Según los diccionarios de sociología familiar, la **socialización** es "la preparación para lograr la adaptación de los niños y niñas en la sociedad en la que viven a través del aprendizaje de valores, normas y comportamientos". Y, en esta tarea, la familia sigue siendo el pilar más importante sobre todo por la influencia que tiene en la personalidad que se forma antes de los dos años y en los aprendizajes afectivos y emocionales desde el nacimiento⁽²⁾

Criar y educar en la práctica no es más que facilitar el bienestar físico, psíquico y social y, en definitiva, socialización de los adolescentes.

Educación para la vida en normas, valores y comportamientos es facilitarles la incorporación de una manera flexible, ágil y sin sufrimientos ni conflictos. Se trata de dar sentido a la existencia de nuestros hijos. Es ayudarles a responder a preguntas fundamentales. ¿Quién soy?, ¿De dónde vengo?, ¿A dónde voy?, ¿A quién pertenezco? Respuestas que deben darse de acuerdo a la cultura de donde procede.

La **rapidez de los cambios sociales y las nuevas tecnologías** tienden a uniformar el perfil de nuestros hijos y ado-

lescentes, visten igual, comen igual y comparten gustos similares un niño de Brasil que otro de Andalucía.

La educación familiar puede facilitar el sentido de identidad y pertenencia que permitan encontrarse en el mundo de forma satisfactoria. Tomando unas palabras de la antropóloga M. Mead, afirmaremos con ella que nosotros los padres y madres "debemos crear nuevos modelos para que los adultos puedan enseñar a sus hijos no lo que deben aprender sino cómo deben hacerlo y no con qué deben comprometerse sino cuál es el valor del compromiso".

El papel educador de los padres y madres ahora no está definido sino que se debe adaptar a las circunstancias y realidades de los hijos. Necesitamos aprender a ser padres en cada hijo y preguntarse constantemente si lo estamos haciendo bien, si podemos mejorar, etc.

Educación en valores, actitudes y normas

En todos los ambientes escolares siempre se habla de educar en valores y en ocasiones me pregunto si sabemos a que nos referimos. Retrata de aprender actitudes, hábitos, normas, costumbres, creencias y responsabilidades sociales que se ha demostrado son útiles para el desarrollo de la persona. Además estos se transmiten por vivencias. Es la familia el transmisor más importante de valores, aunque en esta enseñanza se vean implicados la escuela y la propia sociedad a través de los medios de difusión. En la medida que la familia educa menos la influencia del ambiente extrafamiliar será mayor⁽²⁾.

Los valores pueden ser morales, éticos, culturales y científicos. Los dos primeros son los que más influyen en el comportamiento y en la psicología del adolescente debido a la influencia que tiene en la autoestima y autoconcepto.

Se entiende por valor la razón por la cual se ejecuta un comportamiento. Valores son la libertad, la salud, la vida biológica, el amor, la ternura, la paz, la solidaridad, la comprensión, la empatía, la justicia, etc.

De estas y otras definiciones se concluyen como rasgos **propios de los valores** los siguientes:

1. Son conceptos o creencias
2. Modos deseables de ser o comportarse
3. Son universales
4. Dan lugar a las normas
5. Están jerarquizados

Educar en los valores no significa imponer sino más bien proponer, desarrollar la capacidad de elección del niño e impulsar su coherencia entre lo que piensan, dicen y hacen y así madurar en las tres dimensiones de los valores: la intelectual, la afectiva y la de la libertad de comportamiento.

Se entiende por actitudes la que propone Sarabia: "Tendencias o disposiciones adquiridas y relativamente duraderas a evaluar de un modo determinado un objeto, persona, suceso o situación y a actuar en consecuencia con dicha

TABLA 5. Diferencias entre familias funcionantes y disfuncionantes

Funcionante	Disfuncionante
Flexibles	Rígidas
Comunicación clara	Comunicación ambigua
Educación según necesidades	Educación rígida, autoritaria y represiva
Las crisis o cambios son aceptados	Mala adaptación a los cambios y miedo a perder el equilibrio
Ambiente relajado y acogedor	Ambiente tenso y desagradable
Cuerpo relajados	Cuerpos rígidos

evaluación”. Tiene una influencia clave en la personalidad y en la vida social. Se aprenden con la experiencia, pueden ser temporales y tienen una carga afectiva”.

Las actitudes cumplen una serie de funciones en la economía social del sujeto: permiten comprender el mundo en que se vive, protegen la autoestima, facilitan el ajuste al medio y favorecen la expresión de los valores personales.

La familia como fuente de actitudes para los hijos

La familia es el lugar mas importante donde se adquieren las actitudes tanto el niño como el adolescente y como es de esperar se trata de que éstas sean lo mas positivas posibles. Algunas de las más trascendentes son:

- *Actitudes motivacionales.* Se trata de que los adolescentes aprendan a superarse y encontrar autosatisfacción por la tarea bien realizada lo cual contribuye a su valoración positiva y el aumento de su autoestima teniendo cuidado siempre con las posibilidades de cada uno para no aspirar a más de lo que se puede.

- *Actitudes de responsabilidad para afrontar las obligaciones y compromisos personales y sociales.* Debería haber coherencia entre las responsabilidades que se aprenden en la familia con las que se enseñan en la escuela para no crear conflictos difíciles de superar. Actitudes de colaboración y apoyo que se empiezan a conseguir en la familia cuando los padres prestan orientación y ayuda.

Los conflictos

En un tema sobre la familia y los adolescentes no se puede dejar de lado decir algo sobre los conflictos. Éstos son motivo de malestar, insatisfacción y, en ocasiones, situaciones muy violentas y hasta de rotura familiar. Conflicto es un enfrentamiento. Los intereses del adolescente no coinciden con los de los padres. En principio los conflictos forman parte de la vida misma y no tienen por que ser malos sino que pueden considerarse necesarios para el buen crecimiento. Todos estamos expuestos a conflictos y en ocasiones varios al mismo tiempo. Otra cosa es como se resuelven o más bien cómo no se resuelven y ahí está lo negativo de ellos. Podemos decir que hay tantos tipos de

conflictos como personas ya que están muy ligados a los valores, actitudes y normas de cada uno.

Pautas para resolver los conflictos: en primer lugar habría que plantearse si realmente se quiere resolverlos, pues paradójicamente en todo conflicto **hay ganancia secundarias** que les hacen perdurar. Ciertas actitudes, algunas situaciones inconscientes o biográficas o falsas apreciaciones pueden contribuir a mantener los conflictos.

En segundo lugar, una vez tomada conciencia de la necesidad de resolver el asunto. Existen varias formas técnicas: La negociación, la agresividad, que puede ser constructiva o destructiva, y la resolución.

En tercer lugar, la resolución, ésta tiene por objetivo satisfacer las necesidades de las personas, fortalecer sus relaciones y enfocar los recursos hacia un crecimiento de todos implicados.

Una vez que hemos aceptado que los conflictos nos acompañan a lo largo de nuestra vida y que no nos los podemos quitar, la conclusión es aprender a resolverlos y para ello tenemos que aprender una serie de habilidades:

1. Aprender estilos comunicativos óptimos para intercambiar opiniones y sentimientos entre padres y adolescentes.
2. Aceptar las realidades y posibilidades de cada persona que interviene en el conflicto, pues muchos adolescentes no tienen las capacidades ni medios para estar a nuestro nivel.
3. Posibilitar la toma de decisiones dentro de la familia de forma autocrática, grupal o consultiva.
4. Desarrollar empatía para comprender al adolescente desde sus necesidades e intereses.
5. Mostrar respeto por el adolescente.
6. Favorecer habilidades asertivas que faciliten la expresión de nuestras propias necesidades de forma serena con objetividad y persiguiendo una comprensión mayor de uno y de los demás.
7. Potenciar la capacidad de razonar. Capacidad que todos creemos tener, hasta que nos damos cuenta de lo difícil que es razonar, para admitir tanto las propias razones como las de los hijos adolescentes.
8. Promover la cooperación del adolescente en las labores familiares. Hay muchas oportunidades diarias de co-

TABLA 6. Escala de acontecimientos vitales para adolescentes (12-18 años). Puntuación sobre 100

Acontecimiento vital	Puntuación
1. Muerte de uno de los padres	91
2. Abuso sexual del menor	91
3. Separación y divorcio de los padres	83
4. Alcoholismo del padre o de la madre	80
5. Muerte de un familiar	81
6. Toxicomanía de un miembro de la familia	65
7. Condena a prisión de uno de los padres	80
8. Enfermedad grave del adolescente	77
9. Enfermedad psiquiátrica de uno de los padres	71
10. Enfermedad grave de uno de los miembros de la familia	60
11. Deficiente rendimiento escolar a lo largo de un año	56
12. Aumento de las discusiones con los padres	61
13. Muerte de un amigo íntimo	72
14. Aumento de las discusiones entre los padres	62
15. Cambio de colegio	45

M^a Jesús Mardomingo*, Sergio González Garrido**

*Sección de Psiquiatría Infantil, Hospital General Gregorio Marañón, de Madrid. **Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Valme, de Sevilla

operación para facilitar las interrelaciones entre padres y adolescentes.

9. Posibilitar la libertad y autonomía personales en base a un reconocimiento de los derechos y deberes de los padres y de los adolescentes.

10. Mostrar actitudes positivas y optimistas, que siempre facilitan mejor los encuentros de las personas en general y con nuestros adolescentes en particular.

11. Aprender a manejar la hostilidad cuando ésta se produzca. La inmadurez y la fragilidad emocional y del control de la conducta de los adolescentes facilita la hostilidad cuando se produzcan los conflictos en la familia.

El estrés familiar

Estrés es una presión emocional y mental. El estrés está ligado a la propia actividad vital. Puede ser generado tanto a situaciones tristes o negativas como a aspectos positivos y alegres. Tanto estrés genera el exceso de actividad laboral como el mismo enamoramiento. La vida sin estrés puede ser un poco abúlica o aburrida. Un poco de estrés puede ser creativo y estimulante para el desarrollo personal. Pero el exceso puede terminar en agobio y en daño.

Las señales de estrés más frecuentes son el cansancio, la fatiga, o el ánimo deprimido, dificultad para dormir, la irascibilidad, la taquicardia, el aumento de la tensión arterial, el deterioro de las relaciones personales...

Es conveniente conocer cómo se puede afrontar el estrés para evitar situaciones que alteran la paz familiar, sobre todo cuando tratamos con adolescentes. Algunas orientaciones nos pueden ayudar en la tarea: no ser demasiado crítico, los adolescentes siguen necesitando del apoyo y estímulos de los padres para construir su autoestima; los adolescentes tienden a respetar nuestras ideas si nosotros respetamos las suyas; y saber que el enfrentamiento deteriora más las relaciones por lo que es mejor negociar y buscar un punto intermedio.

Familias separadas o divorciadas

La diferencia entre separación o divorcio es puramente legal. A efectos psicopatológicos nos da lo mismo. Si dedicamos un rato a este punto es por los daños que se producen en los adolescentes y en general en todos los hijos y por constituir un problema frecuente en cualquier clínica que trate con adolescentes. Bien es verdad que hay muchas familias en que llegado el caso son conscientes y responsables y tienen en cuenta la parte más débil de la familia, los hijos. La crisis familiar debido a la separación, es un conflicto familiar, pero además tiene connotaciones particulares en cuanto supone una alteración del bienestar físico, psíquico y social del adolescente. Después de la muerte de uno de los padres y los abusos, se considera el **acontecimiento vital** más importante en la vida del adolescente (Tabla 6).

No puede aceptarse como razón que los padres no se separen para evitar este daño porque se ha demostrado que es peor la persistencia de una convivencia imposible⁽⁵⁻⁷⁾. Es conveniente recordar a los padres que, aunque dejen de ser esposos, siguen siendo padres a efectos de protección, ayuda, apoyo psicológico y educativo. Que sigan expresando el amor que sienten por sus hijos y garantizar un espacio en el nuevo hogar del padre y de la madre.

LOS AMIGOS

Las primeras experiencias fuera de la familia vienen desde la escolarización primaria. Los amigos en la adolescencia tienen una influencia relevante. Suponen el inicio del distanciamiento de la familia y la incipiente independencia. La necesidad de ser aceptado en el grupo de iguales va a poner a prueba las habilidades personales, familiares y sociales que haya aprendido en su infancia.

Los amigos pueden influir positiva o negativamente dependiendo de la autoestima y la propia seguridad. Influyen positivamente en aspectos académicos, morales y de salud. Se puede decir que, si la aceptación por los amigos es satisfactoria, la competencia social en la edad adulta será de la misma forma.

Según Maslow, los adolescentes necesitan para su desarrollo tener una **red social de apoyo** que facilite la superación de la familia como unidad de convivencia y le ayude a su independencia. Mediante el grupo de amigos, tanto por

medio de la amistad o mediante proyectos afines culturales, políticos, religiosos.

A diferencia de la familia, estos son espejos condicionales y exigentes. Mediante habilidades sociales ensayamos y aprendemos un código de intimidad para: seducir y ser seducidos, decir sí o no, expresar emociones y entenderlas, acariciar y ser acariciados.

La red social debe mantenerse siempre en la vida de la persona, independientemente de las figuras de apego. Este código de intimidad en la adolescencia tiene un contexto sexualizado que se manifestará de forma más o menos íntima.

De cómo resolvemos la vida en sociedad y de las habilidades aprendidas seremos: abiertos o cerrados, sinceros o confiados, tímidos o espontáneos, asertivos...

Otra necesidad a valorar en los adolescentes es la **necesidad de contacto e intimidad**. Los mamíferos tenemos necesidad de contacto íntimo, de tocar y ser tocados. Nuestro mayor amortiguador de estrés es el contacto corporal. Con esto están relacionados el deseo, la atracción y el enamoramiento.

LA ESCUELA

El tiempo escolar es la tercera parte del tiempo del adolescente (un tercio para descansar, un tercio para el ocio y un tercio en la escuela). La importancia no radica en el tiempo, que es mucho, sino en los factores de socialización importantes que allí suceden. Es la continuación de la familia en la enseñanza de mecanismos de adaptación social y en muchos casos, cuando la familia no funciona, constituye el elemento de integración social de más valor. En la escuela no deberían enseñarse solamente conocimientos sino también habilidades, técnicas y mecanismos de aprendizaje social que potencien la personalidad del alumno...

Hay cuatro elementos a considerar: el sistema educativo, la escuela, el maestro y los propios alumnos⁽⁸⁾.

El sistema educativo

Nos gustaría recordar que un punto importante de la filosofía de las leyes de enseñanza es la **personalización de la enseñanza**, es decir, intentar comprender que cada alumno es distinto y las necesidades de aprendizajes son distintas. Todo ello para hacer que la escuela sea un lugar de formación y no de deformación o de sufrimiento. La realidad clínica, lo que vemos y es motivo de consulta, en muchas ocasiones está muy alejado de este planteamiento ideal de la personalización de la enseñanza. Y es que, en el fondo, los sistemas son poco flexibles por la estructura, por el tiempo o por los recursos asignados. De alguna manera la sociedad tiene lo que se merece si no dota a la enseñanza de los medios para cumplir los fines que la Ley reconoce. Sería mejor leyes más humildes y más realistas que crear expectativas que no pueden cumplirse. Es el momento de decir que cualquier ley de educación tiene que estar

consensuada por la gran mayoría de las fuerzas políticas para que tenga una duración larga en el tiempo. Los ciudadanos españoles vemos con preocupación como **en poco tiempo hemos conocido varias leyes** que cuando salen del Parlamento encuentran a las estructuras escolares inadaptables para lo que se propone. Es necesario pensar en leyes que tengan una duración larga porque la educación de los adolescentes lo merece.

Los programas deben tener **contenidos de conocimientos pero también formación** de las personas, donde se traten temas del desarrollo evolutivo, las relaciones interpersonales, la urbanidad, la ética y la educación para la democracia (respeto y tolerancia).

Así como en la familia la **ejemplaridad de los padres** forma parte de la educación, en los planes educativos el ejemplo de los responsables políticos forma parte de los **modelos de identificación extrafamiliares**.

La escuela como ecosistema que rodea al niño

El entorno natural, libre de ruidos o de tráfico excesivo, contaminación, espacios libres para el recreo o los descansos de las clases, el mobiliario, la estructura de las aulas, la presencia de luz natural, los espacios para el deporte... Los horarios y las vacaciones. La decoración y los valores estéticos... forman parte de las influencias sobre la personalidad de los adolescentes.

Caso aparte merece la proporción de alumnos/clase que puede dificultar, por incapacidad material, la práctica de una buena enseñanza.

La **permisividad** excesiva que sucede en la sociedad y la propia familia se trasladan a la escuela en forma de desautorización de los profesores y el desprestigio derivado de las opiniones vertidas por algunos padres o ciertos medios de difusión. La baja exigencia de los padres que propicia la misma sociedad consigue que los profesores no tengan ni el compromiso ni la motivación ni la dedicación que su labor precisa.

El maestro o profesor

Maestro o profesor da igual la denominación, es la pieza clave en la enseñanza. La enseñanza, como la medicina, al ser labores que no pueden sustituirse por la técnica, depende su calidad de la propia **condición humana del profesor**. Se ha dicho que pueden actuar negativamente sobre el desarrollo del alumno un profesor incompetente como un profesor competente pero que actúe inadecuadamente (incomprensión mutua, falta de empatía, rigidez...).

El **síndrome del "profesional quemado"** es cada día más frecuente en el mundo de la enseñanza y merecería una reflexión en profundidad sobre sus causas y sus consecuencias sobre los alumnos. Las situaciones personales del profesor, como separaciones o divorcios, pleitos pendientes, denuncias de padres y un largo etc. son otras de las negativas influencias sobre los alumnos adolescentes.

LOS MEDIOS

Los **medios de comunicación** (MC) cumplen una función importante en la sociedad. Contribuyen a transmitir ideas, costumbres, creencias, hábitos, papeles, actitudes, opiniones, valores, modas, etc. Cada día es más fuerte esta función en la medida que aumenta la capacidad de penetración en los diferentes espacios vitales; y no sólo a través de la información sino también a través de la diversión y el entretenimiento^(9,10). La relación entre los medios de difusión y los adolescentes se mueve entre el amor y el odio, aunque finalmente predomine el pragmatismo. En la medida en que les sirven, sobre todo para relacionarse o para obtener una información puntual. Se necesitan. Los padres se preguntan si serán buenos o malos en una personalidad en pleno desarrollo... Son la **generación “persona.com”**:

“Son más terapéuticos que ideológicos, y piensan más con imágenes que con palabras. Aunque su capacidad de construir frases escritas es menor, es mayor la de procesar datos electrónicos. Son menos racionales y más emotivos. (...). Pasan tanto tiempo con personajes de ficción (...), como con sus semejantes, e incluso incorporan a su conversación los personajes de ficción y su experiencia con ellos, convirtiéndolos en parte de su propia biografía. Sus mundos tienen menos límites, son más fluidos. Han crecido con el hipertexto, los vínculos de las páginas *web*, y los bucles de retroalimentación, tienen una percepción de la realidad más sistemática y participativa que lineal y objetiva. Son capaces de enviar mensajes a la dirección de correo electrónico de alguien, incluso sin conocer su ubicación geográfica, ni preocuparse por ello (...) tienen poco interés por la historia, pero están obsesionados con el estilo y la moda. Son experimentales y buscan la innovación. Las costumbres, las convenciones y las tradiciones apenas existen en su entorno, siempre acelerado y cambiante”⁽¹¹⁾.

Los **medios son agentes de socialización** capaces de complementar, potenciar o anular la influencia de otros agentes tan potentes como la familia o la escuela. La educación de calidad es la herramienta más poderosa para evitar el impacto negativo que pueden tener los medios en el proceso de desarrollo de los adolescentes. Las políticas de cultura y educación han de facilitar que los adolescentes de diferentes tendencias encuentren un espacio para expresarse⁽¹²⁾.

1. La **publicidad** es un elemento clave en nuestra sociedad llamada de consumo-mercado-producción-industrial. No se entendería bien esta sociedad sin la publicidad como elemento de *marketing*, de tal modo que si no fuera así “estaríamos hablando de otra sociedad” (Bandura)⁽¹³⁾.

A través de la publicidad nos determinan los gustos, las compras y las decisiones de consumo, actuando sobre los modelos de identificación y consolidación de determinados valores.

2. **Las nuevas tecnologías** (telecomunicaciones, informática...) están cambiando la forma de relacionarse en la

sociedad hasta el nivel de decir que en la “sociedad de la información” todo está cada vez más interconectado en forma reticular. La población más joven es especialmente sensible al uso de las nuevas tecnologías dada su plasticidad para el aprendizaje del manejo de estos artefactos; y además son especialmente frágiles al uso, abuso y dependencia de ellos. La TV ya se ha quedado obsoleta ante la influencia de los teléfonos móviles, los videojuegos, internet y sus diferentes modalidades de comunicación (*Chats, blogs, etc.*). Es ya tan conocida su influencia que no voy a detenerme en ella^(14,15).

Paradójicamente, las **grandes oportunidades** como el tele-trabajo y la tele-enseñanza que pudieran ser útiles para los adolescentes, aún no son suficientemente usadas. Y, curiosamente, en una sociedad que ha destruido mitos, costumbres y ritos de iniciación, las nuevas tecnologías han venido a convertirse en ritos de paso entre la infancia, la adolescencia, los jóvenes y los adultos y, lo que es más, se han convertido en signo diferencial intergeneracional. Merece recordar estas reflexiones de T.S. Elliot en *The Rock*: “¿Dónde está la vida que hemos perdido en el vivir?

¿Dónde está la sabiduría que hemos perdido en el conocimiento?

¿Dónde está el conocimiento que hemos perdido en la información?

¿Dónde está la información que hemos perdido en los datos?”

La aparición de los **teléfonos móviles** (TM) se ha constituido en un fenómeno social sin precedentes a pesar del corto período desde su existencia sobre el año 1995. En España existen unos 30 millones de teléfonos móviles en cerca de 40 millones de población. Los teléfonos fijos existen desde el año 1920 y apenas llega a los 17 millones. No es de extrañar que se diga que se trata de un fenómeno social más importante que la presencia de la TV en la sociedad. Varias son las razones que justifican este fenómeno social: ⁽¹⁶⁾

1ª. El fenómeno no es igual a lo largo de la adolescencia-juventud. Se empieza jugando, se continúa con mensajes y, finalmente, se transforma en comunicación verbal.

2ª. El TM es un instrumento útil en el mantenimiento del grupo de iguales. Es la llamada “fraternidad virtual” en la que el hijo (generalmente único o de corta fratría) supera los límites de la familia manteniendo contactos constantes y continuos con sus “hermanos”.

3ª. Los padres lo usan como sistema de control de los hijos constituyendo la “correa digital” (en alusión a la correa del perro). Pero, a su vez, los hijos han descubierto en él una forma de independizarse y sentirse más libre. Este sistema hace que los padres tengan un control que no es completo y los hijos se crean con una independencia que no es real.

4ª. El lenguaje que se usa en los teléfonos móviles suele sorprender mucho a los padres y a los adultos en general.

Sin embargo, no tiene nada nuevo pues siempre se han usado abreviaturas, símbolos, claves, y hasta el *morse* para facilitar la comunicación explícita o críptica. A pesar del aparente anarquismo, cualquier lenguaje está sometido a unas normas aceptadas por el grupo que se comunica.

5ª. El TM facilita la comunicación y la privacidad desde lugares más íntimos y separados que no están al alcance de los teléfonos fijos.

Los **videojuegos** forman parte de la vida cotidiana y cada vez es mayor el número de chicos que los consumen dando lugar a un grupo caracterizado por su uso-abuso-dependencia. Los videojuegos pueden servir para aislar al chico de su ambiente natural social con todas sus consecuencias sobre su desarrollo psicosocial. Pero también puede servir para compartir una actividad con los amigos. Como en otros elementos mediáticos el valor del contenido depende del mismo juego y de la persona que los usa. Aun así, los límites entre lo tolerable, lo razonable, lo educativo y lo moral no están bien delimitados⁽¹⁷⁾.

“Construimos nuestras tecnologías y nuestras tecnologías nos construyen a nosotros en nuestros tiempos. Nuestros tiempos nos hacen, nosotros hacemos nuestras máquinas, nuestras máquinas hacen nuestros tiempos. Nos convertimos en los objetos que miramos pasivamente, pero ellos se convierten en lo que nosotros hacemos de ellos.”⁽¹⁸⁾

BIBLIOGRAFÍA

- López F, Oroz A. Para comprender la Vida sexual del adolescente. Ed Verbo Divino, Navarra, 1999.
- Campaña “Educa, no pegues”. Ed. Save the children (colaboración Ministerio de Asuntos Sociales). Madrid 1999
- Alberdi Inés, “La nueva familia española” Ed. Taurus. Madrid 1999.
- Maslow, Abraham H. Motivación y Personalidad. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1991.
- Hetherington EM, Cox M, Cox R. Effects of divorce on parents and children En: Lamb ME (ed). Nontraditional Families: Parenting and Child Development. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1982.
- Wallerstein JS, Corbin SB. Daughters of divorce: Men, women and children a decade after divorce. New York: Ticknor and Fields, 1989.
- Wallerstein JS. Children of divorce: stress and developmental task. En: Garnezy N, Rutter M, eds. Stress, coping and development. New York: McGraw-Hill, 1983. p. 265-302.
- Argemí J. El pediatra ante el fracaso escolar. En: El niño y la escuela, dificultades escolares. Ed Alertes, S.A. de Ediciones. Barcelona, 1994.
- Strasburger V. Fuera de onda: ¿Por qué los pediatras subestiman la influencia de los medios en los niños y los adolescentes? *Pediatrics* (Ed esp). 2006; 61(4): 212-5.
- Jóvenes y los medios de comunicación. La comunicación mediática entre los jóvenes madrileños (FAD) <<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=444650558&menuId=572069434>>. Elena Rodríguez, José Navarro, Ignacio Megías (2001). Edición electrónica. Edición papel
- Rifkin J. La era del acceso. La revolución de la nueva economía. Paidós. Barcelona, 2000.
- Vera Vila J. Medios de Comunicación y socialización juvenil. *Revista de Estudios de Juventud*. Nº 18. Marzo, 2005, (p19)
- Jóvenes y publicidad. Valores en la comunicación publicitaria para jóvenes (FAD) <<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=2028873030&menuId=572069434>> Elena Rodríguez, Lorenzo Sánchez, Ignacio Megías (2004). Edición electrónica. Edición papel
- Juventud y la Sociedad Red <<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=450358065&menuId=1126418617>> Septiembre 1999. Coordinador: Santiago Lorente
- Jóvenes, relaciones familiares y tecnología de la información y de las comunicaciones <<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=2062358036&menuId=572069434>> Santiago Lorente, Francisco Bernete y Diego Becerril (2004). Edición electrónica. Edición papel.
- Juventud y teléfonos móviles <<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=149095362&menuId=1969776808>> Junio 2002 Coordinación: Santiago Lorente Arenas. ISSN: 0211-4364.NIPO: 208-02-005-5
- Jóvenes y Videojuegos: Espacio, significación y conflictos (FAD) <<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=1355306986&menuId=428194837>> Elena Rodríguez (coordinadora) (2002) Edición electrónica. Edición papel
- Turkle S. La vida en la pantalla. Paidós. Barcelona, 1997
(Los datos de internet han sido consultados hasta el 29 de octubre de 2006)

Alteraciones endocrinometabólicas más frecuentes en la adolescencia

M.T. Muñoz Calvo, J. Pozo Román

Servicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Departamento de Pediatría. Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

RESUMEN

La mayoría de las alteraciones endocrinológicas o metabólicas pueden aparecer o ponerse de manifiesto en la adolescencia. La patología tiroidea representa una de las alteraciones endocrinológicas más frecuentes en la adolescencia, especialmente en niñas. Su forma de presentación suele ser la aparición de bocio, que se observa, aproximadamente, en un 3-4% de los adolescentes. Durante la pubertad se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se alcanza la talla adulta. La talla baja y el retraso en el inicio de la pubertad, fenómenos habitualmente asociados, son las alteraciones que, junto con el tamaño genital y el desarrollo mamario, suponen una mayor preocupación para los adolescentes. Dentro de las alteraciones metabólicas, la obesidad es el trastorno nutricional más frecuente en los países desarrollados durante la infancia y la adolescencia. La valoración de la adiposidad en la práctica clínica se realiza mediante métodos antropométricos, siendo el parámetro nutricional más utilizado el índice de masa corporal. La diabetes mellitus es un grupo heterogéneo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia y que resultan de defectos en la secreción de la insulina, en su acción o en ambos. Según el Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes, se clasifica en cuatro grandes grupos: a) diabetes mellitus tipo 1; b) diabetes mellitus tipo 2; c) otros tipos específicos de diabetes y d) diabetes gestacional.

Palabras Clave: Bocio; Hipoprecimiento; Hirsutismo; Obesidad; Diabetes.

Correspondencia: M^a Teresa Muñoz Calvo. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Avda. Menéndez Pelayo 65. 28009 Madrid

e-mail: munozmaite@yahoo.es

Recibido: Enero 2007

REV ESP PEDIATR 2007;63(1):38-51

ABSTRACT

Most of the endocrinological or metabolic disorders may appear or be seen in adolescence. Thyroid disease is one of the most frequent endocrinological disorders in adolescence, especially in girls. Its presentation form is generally the appearance of goiter, which is observed in approximately 3%-4% of adolescents. During puberty, they develop secondary sexual characteristics and reach adult height. Low height and delay in the onset of puberty, phenomena that are usually associated, are the alterations which together with genital size and breast development are of great concern to adolescents. Within metabolic disorders, obesity is the most frequent nutritional disorder in developed countries during childhood and adolescence. Evaluation of adiposity in the clinical practice is done with anthropometric methods, the nutritional parameters used most being body mass index. Diabetes mellitus is a heterogeneous group of metabolic disorders characterized by hyperglycemia and that is a result of defects in insulin secretion, in its action or in both. According to the expert's Committee of the American Association of Diabetes, this is classified into 4 large groups: a) type 1 diabetes mellitus; b) type 2 diabetes mellitus; c) other specific types of diabetes and d) gestational diabetes.

Key Words: Goiter; Stunted growth; Hirsutism; Obesity; Diabetes.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa un periodo de cambios muy rápidos que afectan a las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la persona. La mayoría de las alteraciones endocrinológicas o metabólicas pueden aparecer o ponerse de manifiesto en esta etapa de la vida; no obstante, algunas de ellas lo hacen con mayor frecuencia y a ellas nos vamos a referir en esta breve revisión.

ALTERACIONES TIROIDEAS

Las alteraciones tiroideas representan una de las patologías endocrinológicas más frecuentes de la adolescencia, especialmente en niñas⁽¹⁾. Su forma de presentación suele ser la aparición de tiroidomegalia (bocio), que se observa, aproximadamente, en un 3-4% de los adolescentes entre los 11 y los 18 años de edad^(2,3). El bocio es, en la mayoría de los casos, eutiroideo y sólo un pequeño porcentaje de ellos, alrededor del 5-6%, se acompañan de alteración de la función tiroidea en forma de hipo o hipertiroidismo^(2,3). Las causas más frecuentes de bocio difuso en la infancia y adolescencia, fuera de las áreas de deficiencia de yodo (bocio endémico), son, en orden de frecuencia, la tiroiditis linfocitaria crónica, el bocio simple (bocio coloide o no tóxico) y la enfermedad de Graves. Los nódulos tiroideos también pueden estar presentes en esta edad y, aunque muy infrecuentes^(2,3), pueden ser la forma de presentación de un carcinoma tiroideo; de ahí la importancia en estos casos de realizar una adecuada orientación diagnóstica y un tratamiento precoz.

La deficiencia nutricional de yodo, principal causa de patología tiroidea en el mundo, es, en los países desarrollados, un hallazgo excepcional. Otras patologías tiroideas, que pueden ponerse de manifiesto en la adolescencia tienen, también, por su escasa frecuencia en este periodo de la vida, una menor relevancia, como es el caso, entre otras, de: tiroiditis agudas o subagudas, hipotiroidismos secundarios a la ingestión de fármacos o sustancias bociógenas, infiltración tiroidea (histiocitosis, hemocromatosis...), hipotiroidismos congénitos de presentación tardía (dishormonogénesis y ectopia/hipoplasia tiroidea) o resistencia a hormonas tiroideas^(4,5). Mención especial merecen dos formas de hipotiroidismo de frecuencia escasa pero creciente, como son: el hipotiroidismo secundario a radioterapia externa (tratamiento de determinadas formas de cáncer: linfomas, tumores del cuello...) y el hipotiroidismo secundario al tratamiento con yodo radioactivo. En ambas situaciones, el hipotiroidismo suele presentarse en la adolescencia; en el primer caso, por el lento efecto deletéreo de la radiación sobre la función tiroidea y, en el segundo, por la creciente utilización de yodo radioactivo en el tratamiento de la enfermedad de Graves^(6,7). En ambos casos, un diagnóstico y tratamiento precoces contribuirán a disminuir el riesgo potencial asociado de cáncer tiroideo.

Tiroiditis linfocitaria crónica (TLC)

Es la causa más frecuente de bocio y de hipotiroidismo en la adolescencia^(1,4,5,8). Es una enfermedad de base autoinmune íntimamente relacionada con la enfermedad de Graves; si bien, en la TLC predomina la destrucción tiroidea mediada por linfocitos y citoquinas y en la enfermedad de Graves, la estimulación tiroidea mediada por anticuerpos. En cualquier caso, un amplio espectro de anticuerpos antitiroideos pueden estar presentes en el suero de los pa-

cientes con TLC⁽¹⁾. Los anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa tiroidea (TPO) son los que se utilizan en la práctica clínica como marcadores útiles de la enfermedad y son detectables en más del 95% de los pacientes; si bien, los anti-TPO son más sensibles y específicos⁽⁹⁾. En niños, un pequeño porcentaje de pacientes puede presentar anticuerpos bloqueantes o estimulantes del receptor de TSH. La presencia de anticuerpos bloqueantes del receptor de TSH se ha asociado a formas de tiroiditis autoinmune atróficas (no bociógenas); mientras que, la presencia de anticuerpos estimulantes del receptor daría lugar a un hipertiroidismo clínico que coexistiría con la TLC, lo que suele denominarse Hashitoxicosis.

La TLC es una enfermedad familiar en la que, probablemente, múltiples genes están implicados, unos confiriendo susceptibilidad y otros resistencia a los fenómenos autoinmunes. La TLC es, al menos, tres veces más frecuente en mujeres. Un 30-40% de los pacientes tienen antecedentes familiares de enfermedad tiroidea autoinmune, pero la concordancia para la enfermedad entre gemelos monocigóticos es sólo de un 20-50%, lo que indica que también son importantes en el desarrollo de la enfermedad los factores ambientales⁽¹⁾. La TLC se asocia a otras enfermedades autoinmunes (diabetes tipo 1 y formas clínicas de síndrome poliglandular autoinmune), así como a determinadas cromosopatías (síndromes de Turner, Down y Klinefelter) y a enfermedades de base genética (síndrome de Noonan).

La manifestación clínica más frecuente de la TLC es un bocio asintomático, que con frecuencia es descubierto accidentalmente en el curso de una exploración por otro motivo. Suele ser de tamaño moderado, difuso, indoloro y de consistencia firme o elástica. Desde el punto de vista funcional, la TLC suele ser eutiroidea y con tendencia a evolucionar en el tiempo hacia un hipotiroidismo subclínico (niveles séricos normales de levotiroxina -T4 total y libre- leves o moderadamente elevados de hormona tirotrópica -TSH-) o un hipotiroidismo franco (niveles séricos disminuidos de T4 total y libre y aumentados de TSH). Rara vez, los niños pueden presentar una fase de tirotoxicosis transitoria (1-3 meses), secundaria a la liberación por la glándula dañada de hormonas tiroideas preformadas⁽¹⁰⁾. Las manifestaciones clínicas del hipotiroidismo en la adolescencia suelen ser muy insidiosas: disminución de la velocidad de crecimiento, retraso puberal y de la maduración ósea, disminución del rendimiento escolar, abultamiento del cuello, cambios faciales, intolerancia al frío, estreñimiento, sequedad en la piel, hipercolesterolemia y, muy rara vez, galactorrea secundaria a la estimulación de prolactina por TRH (hormona hipotalámica estimulante de la secreción de TSH).

El diagnóstico de la TLC se basa en el hallazgo de anticuerpos antitiroideos positivos, especialmente de TPO. Determinaremos, también, los niveles séricos de TSH y T4 libre para establecer la funcionalidad tiroidea. Salvo que exista

algún nódulo palpable, no son necesarias pruebas de imagen⁽¹⁾, aunque una ecografía inicial puede ser útil en determinados casos para establecer la localización del tiroides y descartar otras formas de hipotiroidismo. La ecografía suele mostrar un aumento moderado del tamaño tiroideo, con irregularidades en la ecogenicidad (pequeñas zonas redondeadas anecoicas que corresponden a folículos dilatados). La gammagrafía, que ya prácticamente no se realiza nunca en estas situaciones, suele mostrar una imagen “atigrada”, formada por múltiples zonas hipercaptantes e hipocaptantes, que se considera típica de esta enfermedad.

El tratamiento del hipotiroidismo en la TLC consiste en la administración de levo-tiroxina sódica (LT4). En situaciones de TLC con hipotiroidismo subclínico, la utilidad del tratamiento es más controvertida; si bien, la mayoría de los autores lo recomiendan⁽¹¹⁾. La dosis de LT4 debe ser individualizada, habitualmente entre 2-4 µg/kg/día por vía oral en dosis única en ayunas. Deben realizarse controles de función tiroidea cada 6-8 semanas al comienzo del tratamiento y después cada 6-12 meses.

Estudios a largo plazo de pacientes con TLC⁽²⁾ muestran que, si bien la mayoría de los pacientes hipotiroideos permanecen en ese estado, un porcentaje próximo al 20%, revierten al eutiroidismo, especialmente aquellos con hipotiroidismo subclínico⁽¹⁾.

Bocio difuso no tóxico/bocio simple/bocio coloide

El bocio no tóxico es la segunda causa en frecuencia de bocio eutiroides en la adolescencia, después de la TLC. Se considera un síndrome, de inicio frecuente en la adolescencia, caracterizado por la presencia de bocio difuso eutiroides en áreas no endémicas de bocio⁽⁵⁾. Su etiopatogenia es desconocida. Con frecuencia existen antecedentes familiares de bocio que sugieren una transmisión autosómica dominante con mayor expresividad en las mujeres, así como de patología tiroidea autoinmune; de hecho, no es raro el hallazgo de títulos moderados de anticuerpos antitiroideos⁽¹²⁾, aunque su posible papel etiopatogénico es controvertido. Los tests de función tiroidea son normales y la biopsia tiroidea sólo revela un “bocio coloide”. Muchos de estos bocios regresan espontáneamente en meses o años; si bien es frecuente que, en pacientes adultos con bocio multinodular se recoja el antecedente de un bocio no tóxico durante la adolescencia.

Enfermedad de Graves (EG)

La incidencia de hipertiroidismo en las primeras dos décadas de la vida es de 0,8 por 100.000 niños y año; es decir, se trata de una patología relativamente rara y la EG es con mucho su causa más frecuente (más del 95%). Por debajo de los 4 años la EG es excepcional y no muestra mayor incidencia en un sexo determinado; a partir de esa edad, su frecuencia aumenta lentamente, especialmente en la ado-

lescencia, manifestando un claro predominio femenino (1:5 a 1: 8). Sólo un 5-6% de los casos de EG se producen en la edad pediátrica y, de ellos, el 75% entre los 11 y 15 años de edad^(1,5,9,13,14).

La EG es una enfermedad multisistémica que incluye hipertiroidismo, oftalmopatía y dermatopatía⁽¹³⁾; si bien, en la infancia y adolescencia, la oftalmopatía y la dermatopatía están ausentes o son muy leves. El hipertiroidismo es causado por la presencia de anticuerpos estimulantes del tiroides (TSI) que se unen y activan el receptor de la TSH, condicionando la hiperplasia de las células foliculares y la hipersecreción de hormonas tiroideas. El tiroides muestra una infiltración por linfocitos que, en ocasiones, forman centros germinales que pueden constituir la fuente principal de producción de anticuerpos intratiroides⁽⁹⁾. La infiltración de linfocitos y el acúmulo de glicosaminoglicanos en el tejido conectivo de la órbita y en la piel causarían las manifestaciones extratiroides de la EG.

El signo clínico más frecuente es el bocio, detectándose en el 98% de los pacientes. Suele ser difuso y simétrico, indoloro, de consistencia blanda y de bordes bien delimitados, con aumento de la circulación cutánea y la posibilidad de palpar un *trbill* o de auscultar un soplo. Otros signos incluyen: pérdida de peso, taquicardia, temblor fino, aumento de calor y de la humedad cutáneas, cansancio, fatiga e hiperreflexia tendinosa. Las anomalías oftalmológicas en la edad pediátrica se observan en el 25-50% de los casos; si bien, en la gran mayoría de los casos son leves y debidas más a la hiperactividad simpática de la tirotoxicosis (retracción de los párpados, mirada fija...) que a una verdadera proptosis por infiltración retroorbitaria. Un síntoma característico de la edad pediátrica, en casos de hipertiroidismo prolongado, es la aceleración del crecimiento y de la edad ósea⁽⁹⁾.

Respecto al diagnóstico, los niveles circulantes de T4 total y libre y de T3 están elevados y los de TSH suprimidos. El incremento de los niveles de T3 es la alteración más precoz en los pacientes afectados de hipertiroidismo. Los anticuerpos antitiroglobulina y anti-TPO son detectables en más del 90% de los pacientes pero, habitualmente, sus títulos son más bajos que en los pacientes con tiroiditis autoinmune. En más del 90% de los pacientes con EG, existen anticuerpos estimulantes contra el receptor de TSH (TSI). La gammagrafía mostrará una captación intensa y difusa, reflejando la hiperactividad de la glándula; no obstante, habitualmente, no es necesaria su realización y sólo se lleva a cabo en situaciones de hipertiroidismo de diagnóstico dudoso, como sería el caso de un adenoma tóxico, una tiroiditis subaguda o una fase hipertiroidea de una TLC.

Las tres opciones de tratamiento son: los fármacos antitiroideos, la tiroidectomía subtotal y el radioyodo^(6,7). El tratamiento de elección del hipertiroidismo en la adolescencia son los fármacos antitiroideos que, una vez lograda

la remisión, se mantienen durante un tiempo prolongado de al menos 1-2 años. Estas drogas son habitualmente bien toleradas, pero presentan efectos secundarios, en ocasiones graves (exantema, urticaria, artralgias, agranulocitosis, hepatitis...), que parecen ser más frecuentes en niños que en adultos. Si la remisión no se consigue o aparecen recidivas tras la suspensión del tratamiento, la segunda alternativa sería el tratamiento con radioyodo y, en determinadas circunstancias (bocios muy grandes, oftalmopatía o rechazo por el paciente del tratamiento con yodo radioactivo), el tratamiento quirúrgico.

Nódulo tiroideo/Cáncer de tiroides

Los nódulos tiroideos (NT) son masas localizadas en el tiroides, de consistencia distinta al resto de la glándula. Pueden ser múltiples o únicos y estar asociados o no a un bocio difuso⁽¹⁶⁾. Su aparición es infrecuente durante las dos primeras décadas de la vida^(2,3) pero, cuando aparecen, el riesgo de carcinoma es mayor que si lo hacen en la edad adulta⁽¹⁷⁾, con una prevalencia de enfermedad maligna próxima al 20-25%⁽⁵⁾. En cualquier caso, la mayoría son asintomáticos y benignos, representando: adenomas foliculares, quistes coloides, quistes del conducto tirogloso, agenesia tiroidea unilateral o TLC. Determinadas características del nódulo deben hacer sospechar la presencia de un cáncer: nódulo indoloro de consistencia dura, presencia de afonía o disfagia, adhesión a tejidos subyacentes, presencia de adenopatías locorregionales, historia de radiación del cuello o de carcinoma tiroideo familiar y, especialmente, un nódulo que se incrementa rápidamente de tamaño. Ni siquiera un componente quístico del nódulo ni que se trate de un nódulo “funcionante”, criterios de benignidad en el adulto, permiten descartar completamente la neoplasia.

La valoración inicial de un paciente con un NT incluye la evaluación de la función tiroidea, la determinación de anticuerpos antitiroideos y la realización de una ecografía tiroidea que, no sólo aporta información sobre la consistencia del NT (sólido, quístico o mixto) y su localización, sino que permite guiar la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) del mismo y, en última instancia, controlar su tamaño durante el tratamiento con L-tiroxina. La PAAF tiroidea⁽¹⁸⁾ es el método idóneo para el diagnóstico de los NT, pero su limitación más importante es la escasa especificidad para diferenciar los tumores foliculares benignos de los malignos (falsos negativos). Esta limitación, unida a la mayor tasa de malignidad de los NT en la edad pediátrica, ha llevado a algunos autores a recomendar la biopsia extirpación de prácticamente todo NT solitario⁽¹⁹⁾. La PAAF es menos útil en pacientes con historia de irradiación tiroidea, en los que existe un alto riesgo de enfermedad multifocal.

Pese a que: “todo NT en un adolescente es un potencial carcinoma mientras no se demuestre lo contrario”, lo cier-

to es que el carcinoma de tiroides (CT) es una entidad poco frecuente, pues representa el 0,6-1,6% de los tumores malignos y se estima que sólo el 10% de los carcinomas diferenciados de tiroides se presentan en jóvenes menores de 20 años. Su incidencia en la edad pediátrica aumenta con la edad: 1 caso por millón entre los 5-9 años de edad, 3,9 casos por millón entre los 10 y 14 años de edad y 14,4 casos por millón entre los 15 y 19 años⁽²⁰⁾. Como el resto de la patología tiroidea, es más frecuente en mujeres, con una relación 1,5:1 en menores de 15 años y de 3:1 entre los 15 y 20 años.

La clasificación histológica de los tumores tiroideos realizada por la OMS describe 4 tipos principales de tumores malignos de origen epitelial: papilar, folicular, medular y anaplásico. Los tumores diferenciados, papilar o folicular, derivan ambos de las células foliculares y suponen el 89% de los tumores epiteliales malignos.

Las radiaciones ionizantes son la única causa ambiental relacionada con la aparición de carcinoma diferenciado de tiroides⁽²⁰⁾. También se ha implicado en la patogenia del CT la presencia de mutaciones en determinados oncogenes activadores o inhibidores del crecimiento celular⁽²¹⁾; así, por ej., mutaciones en el oncogén RAS se observan en el 10-20% de los casos de carcinoma papilar de tiroides, mientras que las mutaciones del gen supresor tumoral p53 son más frecuentes en el carcinoma anaplásico.

El carcinoma papilar, el más frecuente de los tumores malignos del tiroides (85% del total de las neoplasias tiroideas), es un tumor de crecimiento lento, circunscrito al lugar de aparición en la glándula durante muchos años⁽¹⁶⁾. Su crecimiento parece depender de la TSH. Clínicamente, suele presentarse de modo asintomático, como un NT único. Las adenopatías cervicales son frecuentes, indoloras y, a veces, palpables en la exploración inicial. Las metástasis a distancia por vía hematogena se observan en un 7% de los CP, siendo el pulmón el lugar de elección. La valoración diagnóstica inicial es idéntica a la del NT. La gammagrafía tiroidea, rara vez indicada, muestra, generalmente, una área fría que suele ser mayor de 5 mm de tamaño. La ecografía tiroidea es importante para determinar las características del nódulo o nódulos y la extensión tumoral. Para ello, puede ser también de utilidad la realización de una RNM del cuello.

El tratamiento del carcinoma diferenciado es quirúrgico, siendo el más aceptado la tiroidectomía casi total con preservación de las paratiroides seguido de una dosis ablativa de I¹³¹, para eliminar los restos de tejido tiroideo y las posibles metástasis, y tratamiento supresor de la TSH con L-tiroxina a dosis altas.

ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DE LA PUBERTAD

Durante la pubertad se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se alcanza la talla adulta. Aunque son mu-

TABLA 1. Etiopatogenia y diagnóstico diferencial de la pubertad retrasada

<p>1. Retrasos puberales</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Retraso constitucional del crecimiento y de la pubertad - Familiar (con antecedentes familiares) - Esporádico (sin antecedentes familiares) - Retraso puberal asociado a patologías crónicas (Tabla II) <p>2. Hipogonadismos hipogonadotropos</p> <hr/> <p><i>Congénitos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deficiencia total o parcial de GnRH - HH sin anosmia (idiopático) - HH con anosmia (S. Maestre de S. Juan-Kallmann) - Mutaciones del receptor de GnRH (GnRHR) - Mutaciones de los genes de LHβ y FSHβ - HH asociado a DCHH - Mutaciones en PROP-1, LHX-3, HESX-1 - HH asociado a hipoplasia adrenal congénita (DAX 1) - HH asociado a anomalías congénitas en el desarrollo SNC (displasia septo-óptica, holoprosencefalia, etc.) - Esporádicas - Asociadas a cromosopatías o defectos génicos (HESX-1, ZIC-2) - HH asociado a cuadros sindrómicos (Prader Willi, Laurence-Moon, Bardet-Beidl, etc.) <p><i>Adquiridos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumores selares o extraselares (craneofaringiomas, germinomas, gliomas, etc.) - Histiocitosis/Sarcoidosis - Hemocromatosis - Hipofisitis autoinmune - Apoplejía hipofisaria - Lesiones postinfecciosas (meningitis, tuberculosis, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones postquirúrgicas o postraumáticas - Lesiones postradiación <p>3. Hipogonadismos hipergonadotropos:</p> <hr/> <p><i>Congénitos:</i></p> <p><u>Varones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S. de Klinefelter (XXY) - Disgenesia gonadal (XO/XY) - Defectos de la biosíntesis/acción de T1 - Errores innatos en la síntesis de T1 - Déficit de 5 alfa-reductasa - SIPA parcial - Hipoplasia/agenesia de las c. de Leydig - Mutaciones en los genes del FSHR y LHR - Anorquia (S. testículos evanescentes) - S. polimalformativos (S. Noonan, distrofia miotónica, etc.) <p><u>Mujeres:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S. Turner (XO) - Disgenesia gonadal (XO/XY o XX) - SIPA completa - S. polimalformativos <p><i>Adquiridos:</i></p> <p><u>Varones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orquitis bilateral (parotiditis, etc.) <p><u>Mujeres:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fallo ovárico precoz autoinmune - Galactosemia <p><u>Ambos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemocromatosis - Castración quirúrgica o traumática - Torsión gonadal bilateral - Radioterapia/Quimioterapia
--	--

HH: hipogonadismo hipogonadotropo. T1: testosterona. DCHH: deficiencia combinada de hormonas hipofisarias. SIPA: síndrome de insensibilidad periférica a los andrógenos. FSHR: receptor de FSH. LHR: receptor de LH. LHβ: subunidad β de la LH. FSHβ: subunidad β de la FSH. S: síndrome. SNC: sistema nervioso central.

chos los factores genéticos y ambientales, que han sido implicados en la puesta en marcha de la pubertad, los mecanismos fisiopatológicos íntimos que determinan su inicio son todavía desconocidos^(22,23). La talla baja y el retraso en el inicio de la pubertad, fenómenos habitualmente asociados, son las alteraciones que, junto con el tamaño genital y el desarrollo mamario (ginecomastia puberal), suponen una mayor preocupación para los adolescentes y son motivo de consulta frecuente.

Retraso puberal

No existe un consenso internacional sobre la definición de pubertad retrasada; sin embargo, se suele considerar como tal aquella que se inicia a una edad cronológica superior a 2 DE por encima de la media, para el sexo y la población estudiada. En términos prácticos, se habla de pubertad re-

trasada en el varón cuando a los 14 años aún no se ha iniciado el aumento de tamaño testicular (inferior a 4 mL) y en la niña cuando a los 13 años aún no ha iniciado el desarrollo mamario (no hay botón mamario). Se considera que la pubertad está detenida si, transcurridos más de 5 años desde su inicio, la mujer no ha presentado la menarquia o el varón no ha completado su desarrollo genital⁽²⁴⁻²⁶⁾.

En la gran mayoría de los casos, la falta de desarrollo puberal es, simplemente, la manifestación clínica de un retraso en la edad normal de aparición de los caracteres sexuales secundarios, lo que se conoce como retraso puberal simple. Éste puede ser, a su vez, la manifestación de un patrón hereditario de maduración más tardío que la media, lo que se conoce como retraso constitucional del crecimiento y de la pubertad (RCCP) o una manifestación más que acompaña a determinadas patologías crónicas (retraso puberal

TABLA 2. Principales patologías crónicas responsables de retraso puberal

Malnutrición Calórico-proteica Micronutrientes (Ca, Zn, etc.)	Enfermedades hematológicas Anemias crónicas Talasemia maior Anemia drepanocítica Histiocitosis Hemocromatosis
Infecciones recurrentes/Infestaciones crónicas	Endocrinopatías Deficiencia de hormona de crecimiento Hipotiroidismo/hipertiroidismo Diabetes mellitus tipo 1 mal controlada Hiper cortisolismo Hiperprolactinemia
Inmunodeficiencias Congénitas SIDA	Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa Bulimia nerviosa
Enfermedades gastrointestinales Malabsorción: Enfermedad celíaca Infestación por <i>Giardia lamblia</i> Fibrosis quística de páncreas Enfermedad inflamatoria intestinal Hepatopatías crónicas	Ejercicio excesivo (amenorrea atlética)
Enfermedades renales Nefropatías glomerulares Tubulopatías congénitas Nefropatías intersticiales Síndrome nefrótico Insuficiencia renal crónica	Patología oncológica
Enfermedades respiratorias Asma crónico Fibrosis quística de páncreas	Miscelánea Enfermedades inflamatorias del tejido conectivo Enfermedades neurológicas Estrés psicológico Enfermedad de Gaucher Cardiopatías crónicas Consumo de marihuana

secundario a patología crónica). Sólo en un pequeño porcentaje de los casos, el retraso puberal será la consecuencia de un verdadero fracaso, bien en los mecanismos de control que ponen en marcha la pubertad (hipogonadismos hipogonadotrópicos), o bien de la propia gónada (hipogonadismos hipergonadotropos). Las principales causas de retraso puberal quedan reflejadas en la tabla 1⁽²⁷⁾.

El *retraso constitucional del crecimiento y de la pubertad (RCCP)* se considera una variante de la normalidad, en la que existe un ritmo de maduración biológico lento de causa genética o constitucional. La activación del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal se produce de un modo normal pero tardío⁽²⁸⁾. Es un cuadro clínico muy frecuente ($\approx 2,5\%$ de la población) que, asociado o no a una talla baja familiar, constituye el motivo más frecuente de consulta por talla baja en la práctica pediátrica, especialmente en varones (proporción 9:1).

Clínicamente, el RCCP se caracteriza por la existencia, en la mayoría de los casos, de antecedentes familiares de pubertad tardía, retraso del crecimiento y de la maduración ósea (entre 2 y 4 años) y retraso en el inicio de la pubertad, con finalización tardía del crecimiento. La talla final es, en la mayoría de los casos, acorde con su talla genética.

El diagnóstico de estos pacientes es sencillo, si se tiene en consideración los antecedentes familiares, el patrón de crecimiento característico y el retraso de la maduración ósea, y rara vez requieren tratamiento⁽²⁹⁾.

El *retraso puberal secundario a patología crónica* representa, al menos, entre un 5-10% de los retrasos puberales (Tabla 2). Clínicamente, es indistinguible del RCCP^(30,31). Se caracteriza por un retraso de uno, dos, o más años en el crecimiento, en la maduración ósea y en el desarrollo puberal. El estirón puberal se produce tardíamente y es de menor magnitud. En un menor porcentaje de pacientes, la enfermedad crónica se acompaña de un verdadero fracaso en el desarrollo puberal.

En las enfermedades crónicas, el grado de afectación del crecimiento y de retraso puberal es muy variable de unos pacientes a otros y depende, además de la enfermedad de base, de factores individuales, del momento de inicio de la enfermedad y de su duración y severidad. Cuanto más precoz en su inicio, más duradera y más grave es la enfermedad, mayor repercusión sobre el crecimiento y el desarrollo puberal. Desde el punto de vista patogénico, son múltiples los factores que pueden estar implicados^(30,31); si bien, un componente más o menos marcado de malnutrición, suele

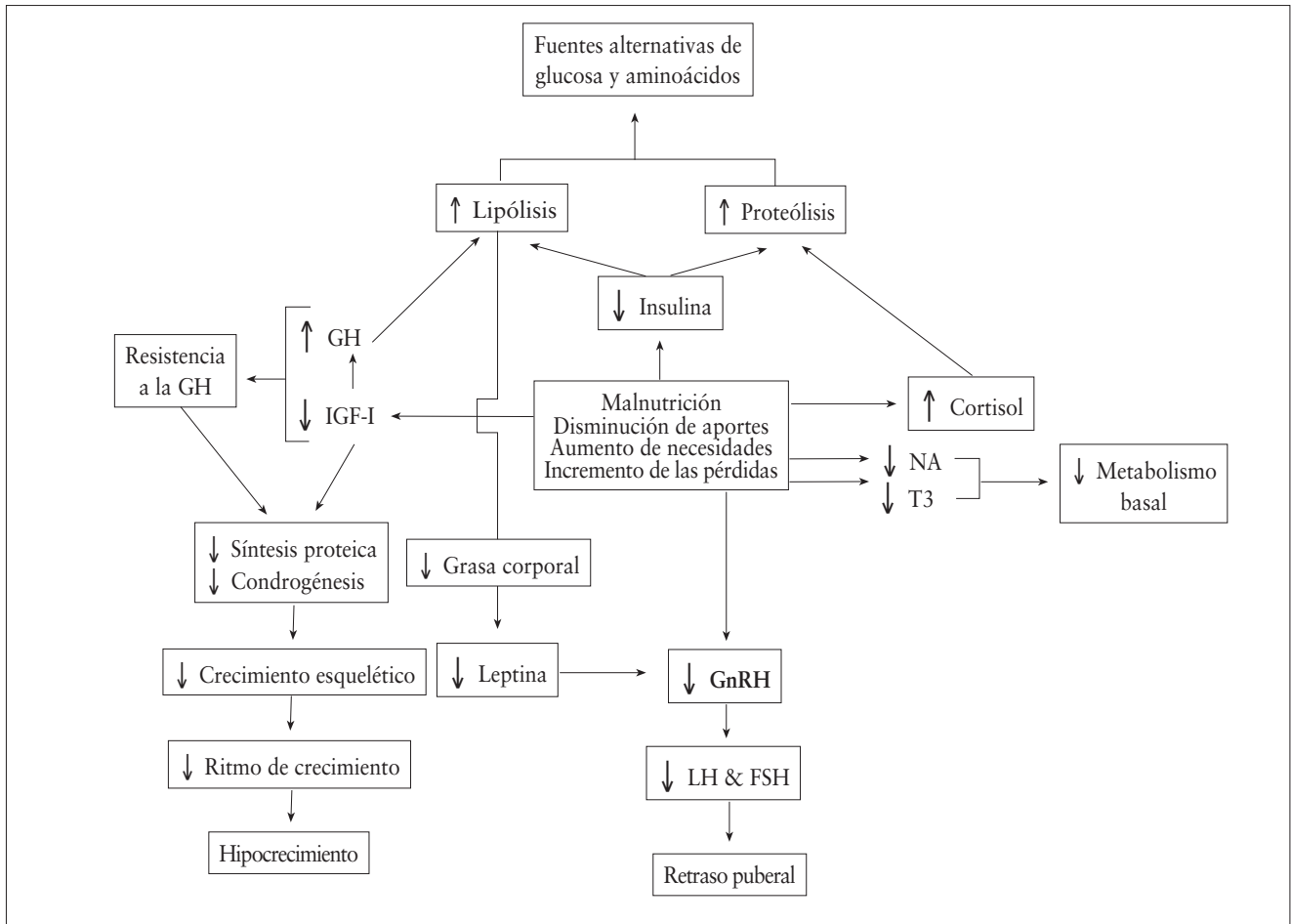


FIGURA 1. Respuesta endocrinológica a la malnutrición calórico-proteica. (GH: hormona de crecimiento; IGF-I: factor de crecimiento semejante a la insulina nº 1; GnRH: hormona hipotalámica liberadora de gonadotropinas; LH: hormona hipofisaria luteoestimulante; FSH: hormona hipofisaria foliculoestimulante; NA: noradrenalina; T3: triyodotironina).

ser bastante constante. La malnutrición calórico-proteica *per se* es capaz de enlentecer el ritmo de crecimiento y de retrasar el inicio de la pubertad, lo que se ha interpretado como un mecanismo de adaptación a la escasez de nutrientes. Este mecanismo de adaptación incluye al sistema hormonal en su conjunto (Fig. 1) pero, sobre todo, al eje de la hormona de crecimiento (GH), con aparición de mecanismos de resistencia parcial a la GH, que conllevan retraso de crecimiento y de la maduración ósea, y al eje hipotálamo-hipófiso-gonadal⁽³⁰⁻³²⁾, con retraso en la aparición de los pulsos secretorios de LHRH (hormona liberadora de gonadotropinas) y el consiguiente retraso en el inicio puberal y en el estirón de la pubertad (hipogonadismo hipogonadotropo transitorio).

Los *hipogonadismos hipogonadotropos* se caracterizan por niveles muy disminuidos o ausentes de gonadotropinas (FSH y LH). Pueden ser debidos a defectos congénitos-genéticos, que alteren el desarrollo de la unidad hipotálamo-hipofisaria o la síntesis-acción de las gonadotropinas (p.

ej.: síndrome de Kallman), o deficiencias adquiridas como consecuencia de enfermedades intracraneales, traumatismos craneales, cirugía o radioterapia (Tabla 1).

Los *hipogonadismos hipergonadotropos*, congénitos o adquiridos, son debidos a fallo gonadal y se caracterizan por niveles séricos elevados de gonadotropinas y disminuidos de esteroides sexuales. La incapacidad de la gónada para producir cantidades adecuadas de esteroides sexuales determina la falta de retroinhibición de éstos sobre el hipotálamo y la hipófisis, incrementando la secreción pulsátil de LHRH y de FSH y LH. Las causas más frecuentes son: el síndrome de Klinefelter y el síndrome de Turner (Tabla 1).

La valoración básica inicial de una pubertad retrasada incluiría una historia clínica personal y familiar, una exploración física completa y una serie de pruebas complementarias que pueden variar en función de los hallazgos de la historia y la exploración. La realización de un cariotipo estaría indicada ante: presencia de estigmas sindrómicos, de niveles séricos elevados de gonadotropinas, niñas con talla

baja de causa incierta o varones con testes pequeños e inadecuados para el grado de desarrollo puberal. La valoración del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal es especialmente compleja a esta edad y los niveles séricos basales de testosterona y estradiol son de escasa utilidad al encontrarse, con frecuencia, por debajo del límite de detección de la mayoría de los inmunoanálisis. A partir de los 10-11 años de edad ósea, es frecuente observar en los hipogonadismos hiper-gonadotropos niveles elevados de FSH y LH basales o tras estímulo con LHRH.

El retraso puberal simple, constitucional o secundario a patología crónica rara vez requiere tratamiento. Sólo en aquellos casos en que exista una grave afectación psicológica, por el retraso madurativo y de crecimiento, o se plantee el diagnóstico diferencial con un hipogonadismo hipogonadotropo. En estos casos, podría estar indicada la administración de esteroides sexuales para acelerar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios e inducir el desarrollo puberal⁽²⁹⁾. En varones, se utilizan preparados de testosterona de acción prolongada (*depot*), alrededor de 50 mg al mes por vía intramuscular en ciclos de 3 meses con intervalos libres de otros 3 meses.

El tratamiento en el caso de un verdadero hipogonadismo^(29,33) consiste inicialmente en inducir o completar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y, posteriormente, establecer una pauta de sustitución de esteroides sexuales. La inducción del desarrollo puberal se plantea, en las niñas, alrededor de los 11-12 años de edad ósea o 13 años de edad cronológica, y en el caso de los varones alrededor de los 12 años de edad ósea o de los 14 de edad cronológica. En los niños, la forma habitual de inducir el desarrollo puberal es la administración de preparados *depot* de testosterona de acción prolongada por vía intramuscular (25-50 mg cada 4 semanas), a lo largo de un periodo de 3-4 años hasta alcanzar la dosis de sustitución de 200-250 mg cada 10-14 días por vía intramuscular. En niños con hipogonadismo hipogonadotropo en los que se desee conseguir, además del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, un incremento del volumen testicular, puede intentarse la administración de gonadotropinas por vía intramuscular, habitualmente, cada 48 horas y durante periodos muy prolongados (1-2 años). Este tratamiento es difícil de soportar por el paciente y con resultados, en lo referente al incremento del desarrollo testicular, muy variables de unos pacientes a otros.

En niñas, la inducción de la pubertad se realiza con estrógenos por vía oral y dosis iniciales muy bajas ya que los estrógenos a dosis elevadas son un potente inductor de la fusión epifisiaria. Las pautas más habituales utilizan estrógenos conjugados equinos (0,15 mg/día o 0,3 mg a días alternos), etinilestradiol (2,5-5 microg/día) o 17 beta-estradiol (5 microg/kg/día). Estas dosis iniciales se incrementan lentamente en intervalos de 6-12 meses, durante un perio-

do no inferior a 2-3 años, hasta alcanzar la dosis sustitutiva estrogénica de una mujer adulta, que correspondería a 0,6-1,2 mg de estrógenos conjugados, 10-20 microg de etinilestradiol o 1-2 mg/día de 17-beta-estradiol. Una vez completado el desarrollo puberal, es necesario establecer una terapia sustitutiva a largo plazo, administrando un preparado de estrógenos-progestágenos, habitualmente por vía oral (anovulatorios orales) o transdérmica (parches estrógenos-progestágenos).

Ginecomastia puberal

Por ginecomastia se entiende el aumento de las mamas en un varón como resultado de una proliferación del componente glandular⁽³⁴⁻³⁶⁾. Clínicamente, se caracteriza por la presencia de una masa firme que se extiende concéntricamente debajo de las areolas, que puede ser de tamaño variable, uni o bilateral y frecuentemente dolorosa, al menos en los periodos iniciales. Durante la pubertad, un 50-70% de los varones presentan algún grado de ginecomastia (ginecomastia puberal), principalmente entre los estadios III y IV de Tanner, regresando, generalmente en los siguientes 12-24 meses; si bien, en un pequeño porcentaje de pacientes la ginecomastia puede persistir.

La ginecomastia puberal⁽³⁶⁾ se considera un fenómeno normal durante la pubertad del varón, aunque su etiopatogenia no ha sido plenamente aclarada. Se ha sugerido que resultaría de un desbalance entre el efecto estimulante de los estrógenos y el efecto inhibitorio de los andrógenos, bien por un cociente aumentado estrógenos/andrógenos o bien por un aumento de la sensibilidad de la glándula mamaria a unos valores normales de estradiol. En el varón, la fuente principal de estrógenos es la conversión de andrógenos (testosterona y androstendiona) a estrógenos por acción de la aromatasas, que tiene lugar, principalmente en músculo, piel y grasa. Es posible que ese aumento de la conversión de andrógenos a estrógenos sea la causa de que la ginecomastia sea más frecuente en pacientes obesos y de que la pérdida de peso en estos pacientes pueda mejorarla al disminuir no sólo su componente de tejido adiposo, sino, posiblemente también, la producción local de estrógenos. Cuando el aumento de las mamas en el varón es debido únicamente al depósito de grasa sin proliferación glandular, se habla de pseudoginecomastia o adipomastia.

El diagnóstico diferencial de la ginecomastia puberal debe realizarse principalmente con aquellas situaciones clínicas que favorecen el aumento del cociente estrógenos/andrógenos, bien por disminución de los andrógenos (situaciones de hipogonadismo congénito o adquirido, como p. ej.: el síndrome de Klinefelter) o bien por aumento de los estrógenos (ingestión de estrógenos o sustancias estrogénicas contaminantes, aumento de la actividad de la aromatasas, tumores productores de estrógenos o de gonadotropina coriónica...). La ginecomastia puede ser también una reacción adversa a

diferentes drogas, incluyendo, entre otras: cimetidina, espirolactona, fenotiacinas y marihuana.

La ginecomastia puberal no requiere habitualmente tratamiento^(36,37), salvo un apoyo psicológico para el paciente y una adecuada información sobre la benignidad y transitoriedad del fenómeno. En el 90% de los casos, se resuelve espontáneamente en un periodo de 2 años, especialmente si el diámetro es menor de 4 cm. En caso de falta de resolución, crecimiento muy rápido o diámetro mayor de 5 centímetros (macromastia), se puede considerar la posibilidad de tratamiento, que es habitualmente quirúrgico (mastoplastia periareolar o transareolar)⁽³⁸⁾. Se ha propuesto también la posibilidad de tratamiento con distintos antagonistas estrogénicos (tamoxifeno, raloxifeno) o inhibidores periféricos de la aromatasa (testolactona); aunque, su empleo ha sido muy limitado, dada la benignidad y evolución natural de la ginecomastia puberal. En caso de emplearse, debe hacerse precozmente, para evitar que el desarrollo de fibrosis glandular impida la regresión completa de la ginecomastia.

Hirsutismo. Hiperandrogenismo

El hiperandrogenismo es una situación de producción y/o acción androgénica excesiva, cuyo origen es, frecuentemente, multifactorial⁽³⁹⁾. Es la endocrinopatía más frecuente en la mujer y debe ser sospechada ante la presencia de: hirsutismo, irregularidades menstruales, virilización o acné excesivo, de presentación precoz o que persiste en la tercera década de la vida. El hiperandrogenismo puede tener su origen en una mayor secreción androgénica por parte del ovario o la suprarrenal, en un aumento de la conversión periférica de los precursores androgénicos o en un aumento de la sensibilidad de los tejidos diana. La hiperproducción androgénica de origen ovárico es la causa más frecuente de hiperandrogenismo en las adolescentes. Éste puede iniciarse en la etapa peripuberal o más frecuentemente en la etapa perimenárquica, pudiendo ser diagnosticado durante la adolescencia e incluso antes de la menarquia⁽⁴⁰⁾. El antecedente, en la etapa prepuberal, de pubarquia prematura (vello pubiano antes de los 8 años en ausencia de desarrollo mamario) es frecuente en estas niñas. Las irregularidades menstruales que persisten dos años después de la menarquia son predictivas del 50% de la incidencia futura de disfunción ovulatoria.

El *síndrome de ovario poliquístico* (SOP) es la causa más frecuente de hiperandrogenismo femenino y representa un grupo heterogéneo de trastornos con grados variables de hiperandrogenismo ovárico y suprarrenal. No existe un consenso unánimemente aceptado para su definición, aunque se tienden a adoptar dos de los tres siguientes criterios⁽⁴¹⁾:

1. Existencia de oligo o anovulación crónica;
2. Signos clínicos (hirsutismo, acné, alopecia androgénica) y/o bioquímicos de hiperandrogenismo; y

3. Ovarios poliquísticos en la ecografía. Desde un punto de vista práctico, se considera al SOP y el hiperandrogenismo ovarico funcional la misma entidad. Se acompaña con frecuencia de hiperinsulinemia y resistencia a la insulina, dislipemia, alteraciones de los marcadores de inflamación crónica y distribución central de la grasa corporal. Estas pacientes tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

La *forma no clásica de una hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-hidroxilasa* es causa del exceso de andrógenos en el 1-6% de las mujeres hiperandrogénicas. Puede manifestarse como una pubarquia prematura o bien, ya en el periodo peripuberal o postpuberal, como hirsutismo, acné, irregularidades menstruales y ovarios poliquísticos ecográficos. Puede ser excluida cuando la determinación matutina de 17-hidroxiprogesterona sea inferior a 200 ng/dl (6,0 nmol/l), si bien es aconsejable realizar un test de ACTH para su despistaje en todos aquellos casos en los que los niveles basales de uno o más andrógenos estén aumentados.

Los *tumores suprarrenales y ováricos* son una causa infrecuente de hiperandrogenismo. Habitualmente, se debe sospechar la presencia de tumores secretores de andrógenos en las mujeres cuando éstas presentan los síntomas de manera brusca, en un momento distinto de la menarquia y con una rápida progresión, pudiendo aparecer signos de virilización.

Para diagnosticar el hiperandrogenismo es necesario interrogar sobre el momento de inicio de la sintomatología, ritmo de progresión puberal, uso de fármacos y antecedentes familiares. El SOP debe ser sospechado cuando en el periodo peripuberal aparezcan hirsutismo, acné, obesidad e irregularidades menstruales. El grado de hirsutismo se puede valorar mediante la escala de Ferriman-Gallwey, que puntúa de 0 a 4 nueve áreas corporales que poseen unidades pilosebáceas sensibles a los andrógenos. Una puntuación superior o igual a 8 se considera patológica.

El hirsutismo debe diferenciarse de la hipertrichosis o aumento del vello corporal en zonas donde habitualmente existe en la mujer, como antebrazos y piernas. La hipertrichosis no es debida a un exceso de andrógenos, sino que depende de factores raciales y familiares y puede ser secundario a trastornos metabólicos (tiroideos, anorexia nerviosa) o al uso continuado de determinados fármacos (fenitoína, minoxidil, ciclosporina).

En la valoración diagnóstica de todo hiperandrogenismo es necesario descartar la existencia de un hipotiroidismo, hiperprolactinemia o hiperkortisolismo. En una primera aproximación es recomendable determinar, en la fase folicular del ciclo menstrual (3-8 día del ciclo) o después de 2 meses de amenorrea, los niveles séricos de gonadotropinas (FSH y LH), testosterona (T) total o libre, delta-4-androstendiona, SDHEA (sulfato de dehidroepiandrosterona), 17-hidroxiprogesterona, SHBG (proteína transportadora de es-

teroides sexuales), índice de andrógenos libres [equivale a la T libre: $T \text{ total (nmol/l)} \times 100 / \text{SHBG (nmol/l)}$], glucemia e insulina. En el hiperandrogenismo suprarrenal funcional, los niveles de SDHEA se encuentran moderadamente elevados; mientras que, si el exceso de andrógenos es de origen ovárico, los niveles basales de T y de delta-4-androstenediona suelen estar aumentados, acompañados ocasionalmente de niveles elevados de LH o de un cociente LH/FSH mayor de 2 y de una disminución de los niveles de SHBG. Los niveles de T muy elevados son sugestivos de un tumor virilizante. Si los niveles de SDHEA son muy elevados hay que descartar un tumor suprarrenal. En pacientes obesas o con antecedente de pubarquia prematura o bajo peso al nacer, está indicada la realización de una sobrecarga oral de glucosa, aunque la glucemia y la insulina basales sean normales.

En el hiperandrogenismo suprarrenal, la terapéutica de elección son los glucocorticoides; mientras que, en el hiperandrogenismo ovárico el tratamiento de elección son las diferentes asociaciones de estrógenos-progestágenos^(42,43). Asimismo, los fármacos que mejoran la sensibilidad a la insulina, como la metformina, que disminuye los niveles de insulina y de andrógenos circulantes, mejora la dislipemia y restablece los ciclos menstruales y ovulatorios^(42,44). La duración del tratamiento en el hiperandrogenismo ovárico es controvertida, siendo recomendable un periodo mínimo de 2 años de terapéutica combinada con antiandrógenos y sensibilizantes a la insulina.

TRASTORNOS METABÓLICOS

Obesidad

Es el trastorno nutricional más frecuente en los países desarrollados durante la infancia y la adolescencia. La valoración de la adiposidad en la práctica clínica se realiza mediante métodos antropométricos. En la infancia y adolescencia, el parámetro nutricional más utilizado es el IMC (índice de masa corporal), que se obtiene del cociente entre el peso (expresado en kilogramos) y la talla al cuadrado (expresado en metros). Valores superiores a + 2 DE para la edad y sexo indicarían obesidad y valores entre +1 y +2 DE, sobrepeso.

En los países occidentales, se ha señalado un rápido aumento de la prevalencia de obesidad en los últimos años, que parece resultar no sólo de una mayor disponibilidad de alimentos, sino de cambios en los estilos de vida y de alimentación. En el estudio Enkid⁽⁴⁵⁾, realizado en población española, entre los individuos de 2 y 24 años de edad se observó una prevalencia de obesidad de un 13,9% y de sobrepeso de un 12,4%, siendo mayor en los varones (15,6% frente a un 12% en mujeres).

Desde el punto de vista etiopatogénico, se distinguen dos tipos de obesidad: obesidad primaria, exógena o esencial

(responsable de más del 95% de los casos de obesidad) y obesidad secundaria, asociada a síndromes dismórficos, lesiones del sistema nervioso central y endocrinopatías⁽⁴⁶⁾.

La obesidad primaria es una enfermedad de herencia multifactorial; es decir, influenciada por múltiples genes y modulada por factores ambientales. La contribución genética a la obesidad es elevada; de hecho, estudios en gemelos monocigóticos sugieren que, al menos, un 50% de la tendencia a la obesidad es heredada. La primera identificación de genes ligados a la obesidad humana se hizo estudiando genes ligados a obesidad monogénica en modelos de roedores. Actualmente, se conocen varios genes cuya alteración es responsable de formas monogénicas de obesidad, todos ellos implicados en la misma vía de regulación de la ingesta^(47,48). Entre los factores ambientales destacan la ingesta de nutrientes con alto contenido energético que da lugar a una situación de hiperinsulinismo crónico y, por lo tanto, a la estimulación del apetito y sobreingesta de nutrientes. El sedentarismo conduce a una disminución del gasto energético, favoreciendo la obesidad. Los mensajes de la televisión conducen a ingerir bebidas y alimentos con alto poder energético⁽⁴⁹⁾.

Alrededor del 40-60 % de los niños prepúberes y del 80% de los púberes obesos mantendrán la obesidad en la edad adulta⁽⁴⁶⁾. Este hecho y la morbimortalidad asociada a la obesidad condicionan la importante y creciente repercusión de la obesidad en la salud pública. Entre los riesgos (comorbilidad) más frecuentes asociados a la obesidad y que con frecuencia se ponen de manifiesto en la adolescencia estarían, entre otros: alteraciones psicológicas y psiquiátricas (baja autoestima, aislamiento social, bulimia, tabaquismo, alcohol, drogas, trastornos de la conducta alimentaria...), trastornos cardiovasculares y respiratorios (ateroesclerosis, hipertensión, síndrome de apnea obstructiva, síndrome de Pickwick...), trastornos endocrinológicos y ginecológicos (insulinorresistencia, intolerancia a hidratos de carbono, diabetes tipo 2, pubertad adelantada, hiperandrogenismo y síndrome de ovario poliquístico...), dislipemia y problemas ortopédicos (dolor de espalda, coxa vara, enfermedad de Perthes...). Una de las repercusiones más importantes de la obesidad es la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono que puede conducir, especialmente en niños con historia familiar positiva, al desarrollo en la edad adulta e incluso en la adolescencia de diabetes tipo 2. Estudios recientes refieren una prevalencia de intolerancia a la glucosa en el 4,5% de los niños y adolescentes obesos⁽⁵⁰⁾.

Desde el punto de vista diagnóstico, en la inmensa mayoría de los casos, la obesidad será exógena, pero para llegar a dicho diagnóstico es fundamental realizar una historia clínica detallada y conocer los antecedentes personales, entre ellos: ingesta de nutrientes, hábitos y errores nutricionales y grado de actividad física. Entre los antecedentes familiares, es importante conocer el peso de los padres y hermanos y los

TABLA 3. Criterios diagnósticos de diabetes y prediabetes**

Diabetes mellitus*

1. Síntomas de diabetes más glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dL
(Casual es definido como cualquier momento del día, independientemente del tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de la diabetes incluyen: poliuria, polidipsia e inexplicable pérdida de peso)
2. Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dL*
(Ayunas es definido como la falta de aporte calórico durante al menos 8 horas)
3. Glucemia plasmática a las 2 horas de la sobrecarga oral de glucosa ≥ 200 mg/dL*
(El test deberá realizarse siguiendo los criterios de la OMS: 1,75 g de glucosa anhidra, disuelta en agua, por kg de peso ideal, hasta un máximo de 75 g, que sería la dosis utilizada en adultos)

Prediabetes

Alteración de la glucosa en ayuna	Glucemia plasmática en ayunas entre 100 y 125 mg/dL
Alteración de la tolerancia a la glucosa	Glucemia plasmática a las 2 horas de la sobrecarga oral de glucosa entre 140 y 199 mg/dL

*Cualquiera de los tres criterios es válido para establecer el diagnóstico de diabetes mellitus, pero en ausencia de una hiperglucemia inequívoca, estos criterios deben ser confirmados, mediante la repetición de las pruebas en días diferentes.

**American Diabetes Association. *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. *Diabetes Care* 2006; 29 (Suppl 1): S43-S48.

hábitos dietéticos de la familia, utilizando principalmente encuestas nutricionales. Se debe valorar la historia familiar de hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad. El examen físico debe incluir los datos antropométricos (peso, talla, IMC), presencia o ausencia de *acantosis nigricans* (marcador de insulino-resistencia), la determinación de la tensión arterial y la valoración de la adiposidad (distribución de la grasa). Las pruebas complementarias no suelen aportar mucha información, pero pueden ser útiles (función tiroidea y cortisol libre en orina de 24 horas) para descartar algunas causas secundarias de obesidad (hipotiroidismo, hipercortisolismo), así como, en casos seleccionados, para detectar comorbilidad asociada a la obesidad: lipidograma, glucemia, insulina, sobrecarga oral de glucosa, etc.

El tratamiento debe ir dirigido no sólo al niño, sino también a su familia, e incluiría: reeducación nutricional a toda la familia, incremento de la actividad física y soporte psicológico. Se deben recomendar regímenes de comidas variadas, apetecibles y adaptadas, tanto al adolescente, como a su familia, que aporten, desde el inicio de la pubertad hasta el final de la misma, unas 1.000-1.500 calorías al día, alternando con dietas normocalóricas para evitar la falta de seguimiento y pérdida de estímulo por parte del niño y su familia. Hay que estimular, también, la actividad física habitual (caminar, subir escaleras...) y animar al adolescente a que participe en deportes escolares y actividades deportivas durante el fin de semana. La utilización de fármacos reguladores del apetito o que incrementen el gasto energético no está indicada en la adolescencia; ya que, no se ha demostrado su utilidad a largo plazo y, sin

embargo, sí sus efectos secundarios. La cirugía bariátrica está limitada a situaciones excepcionales, cuando hayan fracasado las terapias convencionales y se haya completado el periodo de crecimiento y la pubertad.

Un aspecto muy importante en el tratamiento de la obesidad son las actividades preventivas ya que los resultados del tratamiento convencional son, en la inmensa mayoría de los casos, decepcionantes. Es importante desarrollar campañas de educación sanitaria con información nutricional que fomenten en los niños y adolescentes hábitos nutricionales saludables, así como la actividad física.

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es un grupo heterogéneo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia y que resultan de defectos en la secreción de la insulina, en su acción o en ambos. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia a largo plazo con daño, disfunción y fracaso de varios órganos, especialmente: ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. Los criterios diagnósticos de diabetes mellitus, con la excepción de la diabetes gestacional que posee criterios específicos quedan reflejados en la tabla 3⁽⁵¹⁾. Entre la normalidad y la diabetes, existirían situaciones, conocidas ahora como “prediabetes”, que no serían propiamente entidades clínicas, sino más bien factores de riesgo para el desarrollo futuro de diabetes y enfermedad cardiovascular (Tabla 3).

Según el Comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes⁽⁵¹⁾, la diabetes mellitus se clasifica en cuatro grandes grupos:

1. **Diabetes mellitus tipo 1;** asociada a destrucción de las células beta pancreáticas, de base autoinmune (tipo 1A) o

idiopática (tipo 1B), que conlleva, habitualmente, a una deficiencia absoluta de insulina.

2. **Diabetes mellitus tipo 2;** incluiría, desde situaciones de resistencia a la acción de la insulina con un cierto grado de deficiencia relativa de la misma, a defectos de la secreción de insulina con un cierto grado de resistencia a la insulina.

3. **Otros tipos específicos de diabetes,** donde se incluirían: defectos genéticos de la función de la célula beta, defectos genéticos en la acción de la insulina o la diabetes secundaria a enfermedades del páncreas exocrino o a endocrinopatías, entre otras posibles etiologías; y

4. **Diabetes gestacional.** Prácticamente, toda ellas pueden iniciarse en la adolescencia.

La *diabetes mellitus tipo 1A* es la forma de diabetes más frecuente en la adolescencia. Es una enfermedad autoinmune que se asocia a determinados haplotipos del sistema de histocompatibilidad HLA (DQA, DQB, DRB) y a la presencia de autoanticuerpos (ICA, IAA, GAD65, IA-2, IA-2 β) al diagnóstico en el 85-98% de los pacientes. La incidencia en España de este tipo de diabetes es de 12-20 casos nuevos/100.000 habitantes menores de 15 años, según las regiones, y, al igual que en el resto del mundo, su frecuencia parece estar aumentando. El tratamiento se basa en la administración de insulina, una nutrición adecuada y un ejercicio físico regular. Los resultados obtenidos por el DCCT (*Diabetes Control and Complications Trial*) han demostrado que la terapia intensiva con insulina es imprescindible para conseguir valores séricos de glucosa y hemoglobina glicosilada que permitan disminuir las complicaciones crónicas de la diabetes⁽⁵²⁾. Los análogos de insulina de acción rápida (lispro y aspart) duplican los niveles plasmáticos y en la mitad de tiempo cuando se comparan con la insulina regular humana o de acción rápida. Los análogos de acción lenta (glargina y levemir), administrados una o dos veces al día, han empezado a sustituir a las insulinas lentas (NPH, ultralenta), debido a una absorción más regular y sin picos que, además de remedar mejor que las insulinas lentas la secreción fisiológica de insulina, conllevan una reducción del número e intensidad de las hipoglucemias, principalmente nocturnas. Las bombas de infusión continua de insulina estarían indicadas fundamentalmente en los pacientes con dificultad para el control de las hipoglucemias nocturnas y del “fenómeno del alba” y si el control metabólico, pese a una adecuada actitud del paciente, no es adecuado con la terapia intensiva habitual.

La *diabetes mellitus tipo 2*, hasta hace algunos años excepcional en adolescentes y niños, parece presentar, en la actualidad, un incremento de su prevalencia, sobre todo durante la pubertad⁽⁵³⁾. Estudios realizados en algunas áreas de EE.UU. y, especialmente, en determinadas poblaciones (hispanos y afroamericanos) muestran resultados sorprendentes de forma que, más del 40% de las diabetes diagnóstica-

das en los niños serían de tipo 2⁽⁵⁴⁾. Estos hallazgos están muy lejos de los observados en nuestro país, donde la diabetes tipo 2 en la infancia y adolescencia continua siendo una forma infrecuente de diabetes; no obstante, sí es habitual, especialmente en sujetos obesos, especialmente con antecedentes familiares de diabetes tipo 2, observar niveles muy elevados de insulina, especialmente postprandiales (resistencia periférica a la acción de la insulina)⁽⁵⁵⁾, que, con cierta frecuencia, se asocian estados de “prediabetes” (intolerancia a la glucemia en las pruebas de sobrecarga oral)⁽⁵⁰⁾.

Aunque factores genéticos y ambientales influyen en la predisposición individual a la resistencia a la insulina, el determinante fundamental de su aumento en la población pediátrica parece ser el incremento de la prevalencia de obesidad infantil⁽⁵⁶⁾.

La *diabetes tipo MODY (maturity-onset diabetes of the young)* es un grupo heterogéneo de cuadros clínicos, responsables de alrededor del 2-5% de los casos de diabetes y que comparten las siguientes características⁽⁵⁷⁾:

1. Diabetes mellitus sin tendencia a la cetosis.
2. Inicio antes de los veinticinco años de edad.
3. Alteración primaria en la secreción insulina por la célula beta del páncreas.
4. Patrón de herencia mendeliano autosómico dominante. La forma de presentación más frecuente consiste en una hiperglucemia moderada, sin síntomas acompañantes, que se detecta en niños, adolescentes o adultos jóvenes no obesos, con una historia familiar cargada de antecedentes de diabetes, a menudo a lo largo de varias generaciones consecutivas. Se han descrito seis formas de diabetes monogénica, numeradas como MODY1 a MODY6 y producidas por mutaciones en diferentes genes:
 - MODY 1: mutaciones en el gen HNF4 alfa (factor hepatonuclear 4 alfa).
 - MODY 2: mutaciones en el gen de la glucocinasa (cromosoma 7)
 - MODY 3: mutaciones en el gen HNF1alfa (factor hepatonuclear 1 alfa).
 - MODY 4: mutaciones en el gen IPF-I (factor promotor de insulina 1).
 - MODY 5: mutaciones en el gen HNF1beta (factor hepatonuclear 1 beta).
 - MODY 6: mutaciones en el gen Neuro D1 (factor de diferenciación neurogénica 1).

Las más frecuentes en nuestro medio son el MODY2, seguido por el MODY3. El MODY2 es el resultado de un defecto en el sensor de glucosa (glucocinasa) lo que condiciona un incremento en el umbral de secreción de insulina. Esta alteración determina una elevación leve-moderada de los niveles de glucemia desde el nacimiento que, en la mayoría de los casos, no alcanza el rango de diabético. Los pacientes se encuentran asintomáticos y el diagnóstico suele realizarse de forma casual al determinar por otro motivo

los niveles de glucemia plasmática. No requieren habitualmente tratamiento y rara vez presentan complicaciones crónicas. Por el contrario, el MODY3 se caracteriza por una alteración severa de la secreción de insulina en respuesta a la glucosa, lo que condiciona la aparición de sintomatología, habitualmente en la adolescencia o poco después. La hiperglucemia es progresiva, el riesgo de complicaciones microvasculares mayor y suelen terminar necesitando tratamiento con sulfonilureas o insulina.

El diagnóstico molecular de los diferentes subtipos de diabetes tipo MODY es esencial; ya que, tanto el pronóstico como el tratamiento difieren entre unos tipos y otros. Además, los diferentes genes involucrados se expresan en otros tejidos, existiendo alteraciones hepáticas y renales en alguno de los subtipos que deben ser controladas.

BIBLIOGRAFÍA

- Hanna CE, LaFranchi SH. Adolescent thyroid disorders. *Adolesc Med* 2002; 13(1): 13-35.
- Rallison ML, Dobyns BM, Meikle AW, Bishop M, Lyon JL, Stevens W. Natural history of thyroid abnormalities: prevalence, incidence, and regression of thyroid diseases in adolescents and young adults. *Am J Med* 1991; 91(4): 363-70.
- Jaksic J, Dumic M, Filipovic B, Ille J, Cvijetic M, Gjuric G. Thyroid diseases in a school population with thyromegaly. *Arch Dis Child* 1994; 70(2): 103-6.
- Rodríguez-Hierro F, Ferrer. Hipotiroidismo y tiroiditis. En: *Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia*. Argente J, Carrascosa A, Gracia R, Rodríguez F, eds. Doyma SA, 2ª edición. 2000. p. 701-18.
- Fisher DA. Thyroid Disorders in Childhood and Adolescence. En: *Sperling MA, ed. Pediatric Endocrinology (2ª edición)*. Philadelphia: WB Saunders 2002. p. 187-209.
- Rivkees SA, Sklar C, Freemark M. Clinical Review 99: The management of Graves' disease in children, with special emphasis on radioiodine treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83: 3767-76.
- Dotsch J, Rascher W, Dorr HG. Graves disease in childhood: A review of the options for diagnosis and treatment. *Paediatr Drugs* 2003; 5: 95-102.
- Hunter I, Greene SA, MacDonald TM, Morris AD. Prevalence and aetiology of hypothyroidism in the young. *Arch Dis Child* 2000; 83: 207-10.
- Huang SA, Larsen PR. Autoimmune thyroid disease. En: *Radovick S, MacGillivray MH, eds. Pediatric Endocrinology. A Practical Clinical Guide*. Totowa (New Jersey): Humana Pres Inc. 2003. p. 291-307.
- Nabhan ZM, Kreher NC, Eugster EA. Hashitoxicosis in children: clinical features and natural history. *J Pediatr* 2005; 146: 533-6.
- McDermott MT, Ridgway EC. Subclinical hypothyroidism is mild thyroid failure and should be treated. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86: 4585-90.
- Van der Gaag RD, Drexhage HA, Wiersinga WM, Brown RS, Docter R, Bottazzo GF, Doniach D. Further studies on thyroid growth-stimulating immunoglobulins in euthyroid nonendemic goiter. *J Clin Endocrinol Metab* 1985; 60: 972-9.
- Weetmann AP. Graves' disease. *N Engl J Med* 2000; 343: 1236-48.
- Rubio O, Muñoz MT, Pozo J, Argente J. Enfermedad de Graves: estado actual y revisión de 20 casos. *An Pediatr (Barc)* 2004; 61: 131-6.
- Cooper DS. Antithyroid drugs. *N Engl J Med* 2005; 352: 905-17.
- Muñoz MT, Argente J. Nódulo tiroideo y cáncer de tiroides. En: *Argente J, Carrascosa A, Gracia R, Rodríguez F, editores. Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia 2ª ed.* Madrid: Ed. Doyma, 2000. p. 763-72.
- Hung W, Anderson KD, Chandra RS, Kapur SP, Patterson K, Randolph JG, et al. Solitary thyroid nodules in 71 children and adolescents. *J Pediatr Surg* 1992; 27: 1407-9.
- Orlandi A, Puscar A, Capriata E, Fideleff H. Repeated fine-needle aspiration of the thyroid in benign nodular thyroid disease: critical evaluation of long-term follow-up. *Thyroid* 2005; 15: 274-8.
- Flannery TK, Kirkland JL, Copeland KC, Bertuch AA, Karaviti LP, Brandt ML. Papillary thyroid cancer: A pediatric perspective. *Pediatrics* 1995; 98: 464-6
- Sklar CA, La Quaglia MP. Thyroid Cancer in children and adolescent. En: *Radovick S y MacGillivray MH, eds. Pediatric Endocrinology. A Practical Clinical Guide*. Totowa (New Jersey): Humana Pres Inc. 2003. p. 327-39.
- Lacroix L, Soria JC, Bidart JM, Schlumberger M. Oncogenes and thyroid tumors. *Bull Cancer* 2005; 92: 37-43.
- Terasawa E, Fernández DL. Neurobiological mechanisms of the onset of puberty in primates. *Endocr Rev* 2001; 22: 111-51.
- Ojeda S. La regulación neuroendocrina de la pubertad normal y precoz: nuevos genes y nuevos conceptos. *An Pediatr* 2006; 64 (Supl. 2): 8-14.
- Argente J. Diagnosis of late puberty. *Horm Res* 1999; 51 (suppl 3): 95-100
- Albanese A, Stanhope R. Investigation of delayed puberty. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1995; 43: 105-10.
- Reiter OE, Lee PA. Delayed puberty. *Adolesc Med* 2002; 13(1): 101-18.
- Martínez J, Pozo J. Pubertad precoz y retraso puberal. *Pediatr Integral* 2003; 7: 438-50.
- Pozo J, Argente J. Retraso constitucional del crecimiento y de la adolescencia. *Endocrinología* 1994; 41: 60-8.
- Pozo J, Argente J. Ascertainment and treatment of delayed puberty. *Horm Res* 2003; 60 (suppl 3): 35-48.
- Pozo J, Argente J. Retraso puberal y patología crónica en la infancia: implicaciones diagnóstico-terapéuticas. *Rev Esp Pediatr* 2002; 58: 273-90.
- Pozo J, Argente J. Delayed puberty in chronic illness. *Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2002; 16: 73-90.
- Thissen JP, Ketelslegers JM, Underwood LE. Nutritional regulation of the insulin-like growth factors. *Endocr Rev* 1994; 15: 80-101.
- MacGillivray MH. Induction of puberty in hypogonadal children. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2004; 17 (Suppl 4): 1277-87.

34. Glass AR. Gynecomastia. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1994; 23: 825-37.
35. Braunstein GD. Gynecomastia. *N Engl J Med* 1993; 328: 490-5.
36. Mahoney CP. Adolescent gynecomastia. Differential diagnosis and management. *Pediatr Clin North Am* 1990; 37: 1389-404.
37. Mauras N. Treatment of adolescents with gynecomastia. *J Pediatr* 2005; 146: 576-7.
38. Colombo-Benkmann M, Buse B, Stern J, Herfarth C. Indications for and results of surgical therapy for male gynecomastia. *Am J Surg* 1999; 178: 60-3.
39. Ibáñez L, Potau N. Hiperandrogenismo. En: Argente J, Carrascosa A, Gracia R, Rodríguez-Hierro F, eds. *Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia*. Madrid. Editores Médicos 2000. p. 1043-61.
40. Ibáñez L, DiMartino J, Potau N, Saenger P. Premature adrenarche-normal variant or forerunner of adult disease? *Endocr Rev* 2000; 21: 671-96.
41. McCartney CR, Prendergast KA, Chhabra S, Eagleson CA, Yoo R, Chany RJ, et al. The association of obesity and hyperandrogenemia during the pubertal transition in girls: obesity as a potential factor in the genesis of postpubertal hyperandrogenemia. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91: 1714-22.
42. Mastorakos G, Lambrinoudaki I, Creatas G. Polycystic ovary syndrome in adolescents: current and future treatment options. *Pediatr Drugs* 2006; 8: 311-8.
43. Hillard PJ. Oral contraceptives and the management of hyperandrogenemia-polycystic ovary syndrome in adolescents. *Endocr Metab Clin North Am* 2005; 34: 702-23.
44. Ibáñez L, Valls C, Marcos MV, Ong K, Dunger DB, De Zegher F. Insulin sensitization for girls with precocious pubarche and with risk for polycystic ovary syndrome: effects of prepubertal initiation and postpubertal discontinuation of metformin. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 4331-7.
45. Serra LL, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio EnKid (1998-2000). En: *Obesidad infantil y juvenil*. Estudio EnKid. Eds: Serra L, Aranceta J. Ed Masson. Barcelona 2001. p. 55-62.
46. Kiess W, Boettner A. Obesity in the adolescent. *Adolesc Med* 2002; 13: 181-90.
47. O'Rahilly S, Farooqi IS, Yeo GSH, Challis BG. Minireview: Human Obesity-Lessons from Monogenic Disorders. *Endocrinology* 2003; 144: 3757-64.
48. Lyon HN, Hirschhorn JN. Genetics of common forms of obesity: a brief overview. *Am J Clin Nutr* 2005; 82(1 Suppl): 215S-217S.
49. Bowman SA, Gortmaker SL, Ebbeling CB, Pereira MA, Ludwig DS. Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics* 2004; 113: 112-8.
50. Invitti C, Guzzaloni G, Gilardini L, Morabito F, Viberti G. Prevalence and concomitants of glucose intolerance in European obese children and adolescents. *Diabetes Care* 2003; 26: 118-24.
51. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2006; 29 (Suppl 1): S43-S48.
52. Nathan DM, Cleary PA, Backlund JY, Genuth SM, Lachin JM, Orchard TJ, et al. Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes *N Engl J Med* 2005; 353: 2643-53.
53. Rowell HA, Evans BJ, Quarry-Horn JL, Kerrigan JR. Type 2 diabetes mellitus in adolescents. *Adolesc Med*. 2002; 13: 1-12.
54. Nesmith JD. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescent. *Pediatr Rev* 2001; 22: 147-52.
55. Viner RM, Segal TY, Lichtarowicz-Krynska E, Hindmarsh P. Prevalence of the insulin resistance syndrome in obesity. *Arch Dis Childh* 2006; 90: 10-4.
56. Hannon TS, Rao G, Arslanian SA. Childhood obesity and type 2 diabetes mellitus. *Pediatrics* 2005; 116: 473-80.
57. Giuffrida FM, Reis AF. Genetic and clinical characteristics of maturity-onset diabetes of the young. *Diabetes Obes Metab*. 2005; 7: 318-26.

Alimentación durante la adolescencia y sus trastornos

M.I. Hidalgo Vicario¹, A.J. Cartón Sánchez²

¹Pediatra. Acreditada en Medicina de la Adolescencia. Centro de Salud Barrio del Pilar. SERMAS. Madrid. ²Médico Residente de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid

RESUMEN

Los adolescentes de hoy son los adultos de mañana, y su salud y bienestar actual tendrán gran trascendencia. El interés de los profesionales en la salud del adolescente es relativamente reciente y todavía lo es más el cuidado de su nutrición, si se exceptúa el caso específico del embarazo en la adolescencia.

En este artículo se abordan los factores que influyen en la alimentación de los jóvenes, y sus requerimientos nutricionales necesarios para un óptimo crecimiento y desarrollo. Se analizan cuáles son los trastornos nutricionales más frecuentes, entre los que destacan: los déficit de minerales y vitaminas; la obesidad creciente, problema en el que juegan un papel esencial los hábitos alimentarios y el estilo de vida sedentario; los trastornos de la conducta alimentaria, la malnutrición, y las enfermedades crónicas, entre otros.

También se expone cómo realizar una evaluación nutricional, y se establecen las medidas educativas y preventivas nutricionales para promocionar la salud, antes de la instauración de los hábitos que permanecerán durante la edad adulta. De esta forma se conseguirá un apropiado crecimiento y desarrollo, y una mejor calidad de vida en la edad adulta. Los profesionales sanitarios ocupan una situación estratégica para actuar y sensibilizar a la sociedad en general.

Palabras Clave: Alimentación; Nutrición; Adolescencia; requerimientos nutricionales; Trastornos nutricionales; Prevención.

Correspondencia: M^a Inés Hidalgo Vicario. C de S “Barrio del Pilar”. C/ Finisterre 18, 28029 Madrid
e-mail: ines.hidalgo@gmail.com
Recibido: Enero 2007

REV ESP PEDIATR 2007;63(1):52-66

ABSTRACT

The adolescents of today are the adults of tomorrow and their current health and well being are very important. The interest of the professions on the health of the adolescent is relatively recent and the care of their nutrition is even more so, if the specific case of pregnancy in adolescence is excluded.

In this article, the factors that influence in the eating of the youth and their nutritional requirements for optimum growth and development are considered. An analysis is made of what are the most frequent nutritional disorders, among which the following stand out: mineral and vitamin deficits, growing obesity, problem in which eating habits and sedentary life style play an essential role, eating behavior disorders, malnutrition, and chronic diseases, among others.

How to made a nutritional evaluation is also explained and the nutritional educational and preventive measures to promote health before the habits that will remain during the adult age are initiated are established. In this way, appropriate growth and development, and better quality of life in the adult age are achieved. The health care professionals have a strategic position to act and sensitize the society in general.

Key Words: Food; Nutrition; Adolescence; Nutritional requirements; Nutritional disorders; Prevention.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el período de tránsito de la infancia a la edad adulta. Se inicia en la pubertad, se caracteriza por intensos cambios físicos, psicológicos y sociales, y termina alrededor de los veinte años, cuando se completan el crecimiento y la maduración. En esta etapa, se incrementan en gran medida las necesidades de nutrientes, se producen cambios alimentarios muy relevantes y pueden aparecer situaciones de riesgo⁽¹⁻³⁾.

Los adolescentes de hoy son los adultos del mañana. El 85% de los adolescentes viven en países desarrollados, donde el fácil aporte de nutrientes y la importante influencia de los medios de comunicación condicionan una tendencia hacia las dietas desequilibradas⁽⁴⁻⁶⁾. Así, la obesidad es un problema creciente en el que juegan un papel principal los hábitos alimentarios y el estilo de vida sedentario; los trastornos de la conducta alimentaria, la malnutrición, el embarazo en la adolescente y las enfermedades crónicas son, además, otros problemas a considerar en esta fase.

Los objetivos de la alimentación del adolescente son: a) asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados; y b) promover hábitos de vida saludables para prevenir trastornos nutricionales a corto y largo plazo. La adolescencia supone la última oportunidad para prepararse nutricionalmente para una vida adulta más sana. Los profesionales sanitarios ocupan una situación estratégica de actuación.

CONDICIONANTES DE LA ALIMENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Las siguientes circunstancias fundamentan los requisitos de una alimentación adecuada en la adolescencia:

1. Aumento de las necesidades nutricionales⁽¹⁻³⁾. El joven adquiere el 25% de su talla adulta, y el 40-50% de su peso definitivo. Además del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la composición corporal sufre modificaciones importantes: la masa muscular se duplica en varones, pero no alcanza esos niveles en mujeres, que se limita a 2/3 de la del varón; por el contrario, hacia los 20 años las mujeres tienen el doble de tejido adiposo que los varones. La masa esquelética se va a incrementar en un 50%, y el medio y los órganos internos también experimentarán aumentos relevantes.

2. Adopción de hábitos alimentarios anómalos^(2,4-7). Diversos factores propios de la edad, como el sentimiento de independencia, la preocupación por el aspecto externo, y la influencia de amigos y de medios de comunicación, ocasionan modificaciones del hábito de comidas.

– Entre el 30-50% de los adolescentes no desayunan, o lo hacen de forma irregular e insuficiente, llegando a presentar más dificultades en el aprendizaje y en el rendimiento escolar; en otros casos, la cena es la comida omitida⁽⁵⁾.

– Las comidas fuera de casa, muchas veces basadas en la denominada *comida rápida*, pueden formar parte de su estilo de vida. Su repercusión sobre el estado nutricional depende de la frecuencia de su uso. Esta *comida rápida* contiene un elevado aporte calórico, exceso de grasa saturada, azúcares refinados y sodio, y bajo aporte de fibra, vitaminas y minerales⁽⁸⁻¹¹⁾.

– Comer entre comidas principales (*el picoteo*) ocasiona una disminución del apetito; además, los aperitivos consumidos (galletas, dulces, helados, frutos secos, chocola-

tes...) tienen también bajo valor nutritivo pero alto valor calórico, lo que favorece la obesidad⁽¹²⁾.

– En otros casos, se adoptan dietas hipocalóricas para reducir el peso corporal; algunas de estas dietas pueden originar un inapropiado aporte de vitaminas o minerales, con situaciones de déficit de los mismos (macrobióticas, vegetarianas...)⁽¹³⁾.

– Disminución del consumo de leche y derivados y el aumento de bebidas azucaradas, como los refrescos⁽¹³⁾.

– Consumo de alimentos con efectos carcinogénicos: se producen nitrosaminas en el caso de un alto consumo proteico; el consumo abundante de grasas tiene un efecto tóxico directo sobre la mucosa intestinal. Numerosas neoplasias (mama, próstata, ovario, colon y recto) se han asociado con la obesidad^(14,15).

3. Aparición de situaciones de riesgo^(1,3,6,16)

– Existe un importante consumo de tóxicos en la población juvenil. Los fumadores aumentan las necesidades de vitamina C a más del doble que la población normal, así como las de β -carotenos, vitamina E y ácido fólico. El alcohol afecta, la absorción de ácido fólico, vitaminas B₁₂, C y A, y tiamina, y también aumenta la excreción urinaria de cinc, magnesio y calcio. Tabaco y alcohol pueden contribuir a las dislipemias.

– El consumo de anabolizantes está asociado en ocasiones a la práctica de ejercicio físico, y puede conllevar la detención del crecimiento si se produce antes de alcanzar la madurez ósea, así como alteraciones de la función sexual. El uso de anticonceptivos orales puede modificar el perfil lipídico y el metabolismo de β -carotenos, ácido fólico, vitaminas B₆ y B₁₂, cinc, calcio y magnesio de forma negativa.

– El aumento de la actividad física es variable según el sexo y el momento del estirón puberal. Las necesidades nutricionales han de calcularse considerando no tanto la edad cronológica sino el sexo, la edad biológica y el nivel de actividad. Una actividad física intensa y sostenida afecta la composición corporal, llegando a producir incluso en mujeres el retraso de la menarquía, amenorrea y afectación de la mineralización ósea.

– Influencia del momento de desarrollo puberal. Las mujeres con maduración temprana y los varones con desarrollo tardío tienen una menor autoestima, mayor preocupación por el aspecto externo y mayor riesgo de conductas de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria.

– El embarazo es un período de grandes necesidades, y el estado nutricional previo y durante el mismo determina de forma crítica la salud materna y fetal. En los dos años posteriores a la menarquía, existe un crecimiento residual; si se produce un embarazo en esta etapa, han de considerarse las necesidades de los dos organismos en crecimiento. La lactancia, además, precisa de macro- y micronutrientes, entre ellos el calcio, de modo que si no se asegura el aporte se podría afectar la densidad ósea. Por tanto, es de-

TABLA 1. Dietary reference intakes

Estimated Average Requirement (Requisitos medios estimados; EAR)	Nivel medio diario de ingesta de nutrientes en la dieta que satisface las necesidades nutricionales de la mitad de los individuos sanos de una determinada edad y sexo	<ul style="list-style-type: none"> - Base de las RDA - Referencia primaria para evaluar si los aportes en grupos de población son adecuados - Es la mediana (p50)
Recommended Dietary Allowance (Ingesta dietética recomendada; RDA)	Nivel diario de ingesta de nutrientes en la dieta que satisface las necesidades nutricionales de casi todos (97 a 98%) de los individuos sanos de una determinada edad y sexo	<ul style="list-style-type: none"> - No sirve para evaluar aportes adecuados en grupos de población - Puede emplearse como referencia para la ingesta individual - Si una necesidad nutricional sigue una distribución normal, $RDA=EAR+2$ desviaciones estándar
Adequate Intake (Ingesta adecuada; AI)	Nivel diario recomendado de ingesta de nutrientes en la dieta y que se considera adecuado, basado en aproximaciones o estimaciones de ingesta de nutrientes, a partir de observaciones o de determinaciones experimentales, dentro de un grupo de población sana.	<ul style="list-style-type: none"> - Puede emplearse como referencia para la ingesta individual - Se usa cuando no se puede determinar la RDA
Tolerable Upper Intake Level (Nivel superior de ingesta tolerable; UL)	Nivel superior medio diario de ingesta de nutrientes en la dieta que probablemente no aumente el riesgo de efectos perjudiciales en la salud en casi todos los individuos de la población general	<ul style="list-style-type: none"> - A medida que aumenta el UL, el riesgo potencial de efectos adversos aumenta.
Acceptable Macronutrient Distribution Ranges (Rango de distribución aceptable de macronutrientes)	Rango de ingesta de una fuente determinada de energía que se asocia con un riesgo reducido de enfermedades crónicas, a la vez que proporciona ingestas adecuadas de nutrientes esenciales.	<ul style="list-style-type: none"> - Se expresa como porcentaje de la ingesta total de energía - Tiene unos límites superior e inferior claros, que se estiman por el efecto previsto en la salud: tanto el exceso como el defecto ocasionan un aumento del riesgo de enfermedades crónicas que pueden afectar la salud a largo plazo y el riesgo de ingesta insuficiente de nutrientes esenciales.

Nota: en el caso de la energía, existe un Estimated Energy Requirement (EER), que es la ingesta diaria media de energía en la dieta que se prevé que mantiene el equilibrio energético en un individuo de una edad, sexo, peso, altura y nivel de actividad física determinados, consistentes con una buena salud. En niños y mujeres gestantes o lactando, el EER incluye las necesidades asociadas con la formación de tejidos o con la secreción láctea en niveles consistentes con una buena salud.

seable mejorar el estado nutricional de adolescentes e intentar postergar los embarazos⁽¹⁾.

- Otras situaciones, como la pobreza y la inmigración llevan en algunos casos asociados una mayor incidencia de infecciones e infestaciones. Igualmente los embarazos parecen producirse con más frecuencia⁽⁶⁾.

- La presencia de enfermedades crónicas, como la enfermedad inflamatoria intestinal o la fibrosis quística, entre otras, modifican el patrón de requisitos nutricionales⁽¹⁾.

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL ADOLESCENTE SANO

Las recomendaciones universalmente más aceptadas son las dadas por el *Food and Nutrition Board, Institute of Me-*

dicine National Academy of Sciences⁽¹⁷⁻²²⁾. Estas recomendaciones nutricionales se basan en los DRI (*Dietary Reference Intakes*), que son el estándar nutricional, base del valor de las necesidades diarias, y que constan de varios parámetros, que están definidos en la tabla 1.

Energía

El metabolismo basal, la actividad física, la termogénesis postprandial y el crecimiento determinan las necesidades de energía. Sobre estos determinantes influyen la temperatura ambiental, la fiebre y el sueño. La obtención de energía se realiza a partir de los principios inmediatos: hidratos de carbono, lípidos y proteínas, que proporcionan 4,4 y 9 kcal/g respectivamente. Si no se cubren

TABLA 2. Criterios y DRI's. Valores de la energía para individuos sanos y con moderada actividad física

Edad	Criterios	Varón EER (kcal/día)	Mujer EER (kcal/día)
9-13	Gasto de energía + energía de formación	2.279	2.071 (11 años)
14-18	Gasto de energía + energía de formación	3.152	2.368 (16 años)
> 18	Gasto de energía	3.067 a	2.403 a (19 años)
Embarazo			
14-18	EER de la mujer adolescente+		
1 ^{er} Trimestre	cambio en el TEE +		2.368 (16 años)
2 ^o Trimestre	energía de formación en el embarazo		2.708 (16 años)
3 ^o Trimestre			2.820 (16 años)
Lactancia			
14-18 ^o	EER de la mujer adolescente +		
1 ^{os} 6 meses	energía de secreción láctea menos		2.698 (16 años)
2 ^{os} 6 meses	la pérdida de peso		2.768 (16 años)

Food and Nutrition Board. Institute of Medicine-National Academy of Sciences 2002

EER Requerimientos Estimados de Energía. TEE: Gasto Total de Energía

a) Restar 10 kcal/día para los varones y 7 Kcal/día para mujeres, por cada año de edad por encima de los 19 años

las necesidades de energía, que es el requisito básico de las dietas, las funciones metabólicas no se realizan de un modo eficiente. Una de sus consecuencias, por ejemplo, puede ser que las proteínas, en vez de destinarse para la síntesis tisular, se deriven a la obtención de energía y se comprometa el crecimiento. Por el lado contrario, el exceso de aporte energético se almacena como grasa y se produce obesidad^(3, 22-26).

En la tabla 2, se aportan las DRI de energía para individuos sanos y con moderada actividad física. Los requerimientos estimados de energía (EER) constituyen el ingreso medio de energía en la dieta, necesario para mantener el equilibrio energético de un individuo sano de una determinada edad, sexo, peso, altura y nivel de actividad, adecuada para mantener una buena salud. En niños y embarazadas se incluyen las necesidades asociadas a la formación de tejidos y a la secreción láctea. No se han dado RDA para la energía, ya que un ingreso superior a las EER resultaría en aumento de peso y efectos secundarios^(3, 22-26).

Hidratos de carbono

Entre el 50-60% del aporte energético debe provenir de los hidratos de carbono. En el lactante, el principal hidrato de carbono es la lactosa. En edades posteriores, se recomienda el consumo de hidratos de carbono complejos, de absorción lenta (vegetales, cereales, pan, pastas, arroz y frutas frescas), y la reducción del aporte de los simples, de absorción rápida (mono- y disacáridos)^(3, 23-26).

En la tabla 3 se exponen las RDI para los carbohidratos. Las RDA se han basado en su papel como primera fuente de energía para el cerebro y se han establecido en 130 g/día para niños y adultos. El AMDR es el rango de ingesta de una fuente determinada de energía que se asocia con un riesgo reducido de enfermedades crónicas, a la vez que proporciona ingestas adecuadas de nutrientes esenciales. El AMDR se ha basado en su papel como fuente de kilocalorías para mantener el peso corporal. No se ha encontrado el nivel superior de carbohidratos que produce efectos adversos. Se sugiere que el máximo ingreso de azúcares añadidos se limite a menos del 25% de la energía.

La fibra está compuesta por carbohidratos complejos no digeribles que influyen en el control de la saciedad: retarda el vaciamiento gástrico, regula el ritmo intestinal y parece disminuir la incidencia de enfermedades cardiovasculares y de cánceres como el de colon, mama, ovario, riñón o linfomas. En los últimos años, se había propuesto que el aporte de fibra (g/día) entre los 2-20 años fuera la edad en años más 5 unidades y, a partir de los 20 años, la dosis sería igual que en el adulto, 25-30 g/día⁽²⁷⁾. Recientemente, se han aportado las RDI (AI) para la fibra (Tabla 3)⁽²²⁾.

Lípidos

En 1992, El *National Cholesterol Education Program*, la *American Heart Association* y otros Comités dieron unas recomendaciones para niños sanos mayores de 2 años con objeto de prevenir las enfermedades cardiovasculares: reducir la grasa a menos del 30% del total de las calorías, áci-

TABLA 3. Dietary references intakes de macronutrientes

Edad	Carbohidratos		Fibra (g/día)	Grasas		n6: Ac linoleico		n3: Ac. linoléico		Proteínas	
	RDA/AI* (g/día)	AMDR (g/día)		RDA/AI* (g/día)	AMDR (g/día)	RDA/AI* (g/día) a	AMDR	RDA/AI	AMDR	RDA/AI*	AMDR
Varones											
9-13	130	45-65	31*	25-35	12*	5-10	1,2*	0,6-1,2	34	10-30	
14-18	130	45-65	38*	25-35	16*	5-10	1,6*	0,6-1,2	52	10-30	
19-30	130	45-65	38*	20-35	17*	5-10	1,6*	0,6-1,2	56	10-35	
Mujeres											
9-13	130	45-65	26*	25-35	10*	5-10	1,0*	0,6-1,2	34	10-30	
14-18	130	45-65	26*	25-35	11*	5-10	1,1*	0,6-1,2	46	10-30	
19-30	130	45-65	25*	20-35	12*	5-10	1,1*	0,6-1,2	46	10-35	
Embarazo											
≤ 18	175	45-65	28*	20-35	13*	5-10	1,4*	0,6-1,2	71	10-35	
19-30	175	45-65	28*	20-35	13*	5-10	1,4*	0,6-1,2	71	10-35	
Lactancia											
≤ 18	210	45-65	29*	20-35	13*	5-10	1,3*	0,6-1,2	71	10-35	
19-30	210	45-65	29*	20-35	13*	5-10	1,3*	0,6-1,2	71	10-35	

Food and Nutrition Board. Institute of Medicine-National Academy of Sciences 2002. RDA's *negrita*. AI's *con **. ND: No determinado. a). Basado en 0,95 g/kg/día para 4-13 años; 0,85 g/kg/día para 14-18 años y 0,8 g/kg/día para adultos . 1,1 g/kg/día para embarazadas (usar peso del embarazo) y en la lactancia.

dos grasos saturados menor del 10%, monoinsaturados del 10-15%, ácidos grasos poliinsaturados del 7 al 10% y el aporte de colesterol menor de 300 mg/día. La *American Academy of Pediatrics* ha llamado la atención sobre la seguridad y eficacia de tales dietas en niños y adolescentes, y aconseja un aporte graso entre el 30-35% de las calorías^(3,23-26).

Tan importante como un adecuado aporte de grasas, es que haya una proporción adecuada de ácidos grasos esenciales. Un déficit de estos puede condicionar, reducción de la velocidad de crecimiento, piel seca y escamosa, infertilidad y entre los signos tardíos afectación renal, hepática, miocárdica y hematológica. El consumo de pescados y vegetales cubre normalmente las necesidades de los ácidos grasos esenciales. Las margarinas son grasas vegetales hidrogenadas de forma parcial. Un efecto del proceso de hidrogenación es la formación de isómeros *trans* (al contrario de la forma habitual *cis*) y son metabolizados de forma similar a las grasas saturadas, lo cual interfiere en el metabolismo de los ácidos grasos esenciales. El 15% de las grasas consumidas en la actualidad tiene isómeros *trans*, y su efecto a largo plazo se desconoce por el momento.

En la tabla 3, se pueden ver las RDI para las grasas y los ácidos linoleico y linolénico⁽²²⁾. No se han establecido RDA ni AI de grasas para niños y adultos ya que, no hay suficientes datos para determinar el nivel graso de riesgo o el necesario para prevenir las enfermedades crónicas. El límite inferior del AMDR está basado en la preocupación por el aumento de la concentración plasmática de triglicéridos y la disminución del HDL, que se ha encontrado en dietas bajas en grasas y altas en carbohidratos.

Proteínas

Las proteínas son necesarias para el crecimiento, desarrollo y el mantenimiento de los tejidos, y participan en casi todos los procesos metabólicos del organismo. Se encuentran en el organismo en continuo proceso de degradación y síntesis: gran parte de sus productos metabólicos son excretados (creatinina, urea, ácido úrico) o perdidos en la eliminación de pelo, piel, uñas y heces, por lo que es necesario un continuo aporte en la dieta. Para una dieta equilibrada, es necesario que el 12-15% de las calorías procedan de las proteínas. Las proteínas de origen animal son más ricas en aminoácidos esenciales que las vegetales, y deben proporcionar aproximadamente el 50% de las necesidades proteicas en el adolescente. Las necesidades de proteínas aumentan en el ejercicio físico intenso y procesos patológicos como infección, fiebre elevada o trauma quirúrgico. En la actualidad, en los países desarrollados, hay un exceso de proteínas en la dieta, lo cual puede ocasionar trastornos por elevada carga renal de solutos y aumento de la urea, así como hipercalciuria⁽²³⁻²⁶⁾.

En la tabla 3 se pueden ver las DRI de proteínas según las diferentes edades⁽²²⁾. Las RDA/AI (g/día) están basadas

en 0,95 g/kg/día para 4-13 años, 0,85 g/kg/día para 14-18 años y 0,8 g/kg/día para adultos; 1,1 g/kg/día para el embarazo y la lactancia. No se ha identificado el nivel de ingreso de proteínas con posibilidad de efectos adversos. El límite superior de AMDR se ha establecido complementando a los carbohidratos y las grasas, y el límite inferior de AMDR se ha establecido en las RDA, aproximadamente.

Minerales y vitaminas

Las recomendaciones de vitaminas y minerales derivan del análisis de la ingesta y de varios criterios de adecuación en relación con el aporte energético recomendado, ingesta proteica o extrapolación de datos. En la tabla 4 y 5 se exponen las RDI para diferentes minerales y vitaminas^(17-20,22).

En la infancia y adolescencia, no son necesarios los suplementos de vitaminas y minerales, sino solamente realizar una dieta variada y equilibrada. Según el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría, se recomiendan dichos suplementos en niños y adolescentes de familias con desorganización social, o que sufren negligencia o abuso de los padres; aquellos con anorexia, apetito escaso y caprichoso, o aquellos que consumen dietas de moda o vegetarianas estrictas; niños con enfermedades crónicas (fibrosis quística, enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad hepática), niños con dietas estrictas para controlar la obesidad; y jóvenes embarazadas⁽²³⁾.

Durante la adolescencia, debido al rápido crecimiento y desarrollo, sus necesidades son mucho mayores que en etapas previas. Especial importancia tienen las necesidades de hierro, calcio y zinc, ya que no suelen cubrirse por la dieta. El aumento del gasto energético requiere un mayor aporte de tiamina, riboflavina y niacina muy importantes en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas. La formación de nuevos tejidos supone una mayor síntesis de DNA y RNA por lo que son necesarios B₁₂ y ácido Fólico y habrá de tenerse en cuenta sobre todo en los regímenes vegetarianos. Al aumentar la síntesis proteica aumentan las necesidades de vitamina B₆. También participan en la estructura y función celular las vitaminas A, C y E. El uso de anticonceptivos orales, tabaco, alcohol y drogas puede aumentar mucho los requerimientos de determinadas vitaminas y minerales^(16,22,24,28).

Está en discusión que el consumo elevado de sodio en la infancia se relacione con el hecho de que el 20% de la población desarrolle hipertensión arterial en la edad adulta. En los niños, no es recomendable añadir sal de mesa a ningún alimento, ya que la que contienen los alimentos es suficiente⁽²⁴⁾.

PROBLEMAS NUTRICIONALES EN LA ADOLESCENCIA

Estudios realizados en nuestro país en los últimos años demuestran que el aporte energético de la ingesta en ado-

lescentes es ligeramente inferior a las recomendaciones establecidas⁽²⁹⁻³¹⁾. Además, existe un desequilibrio en la proporción de principios inmediatos que contribuyen a este aporte: la energía procedente de los lípidos es muy superior a la recomendada para la edad (36-50%), lo cual también sucede con la ingesta proteica, mientras que el aporte de hidratos de carbono es bajo (36,4-43%). Se ha observado un bajo aporte de calcio, hierro, cinc, magnesio, ácido fólico y vitamina B₆. Otros problemas importantes son el creciente aumento de la obesidad, los trastornos del comportamiento alimentario, las dislipemias, las enfermedades crónicas y la caries dental.

Déficit de hierro

Es la situación deficitaria más frecuente durante la adolescencia. El hierro es necesario para el crecimiento de la masa muscular y esquelética, y el volumen sanguíneo; y tiene un papel importante en el metabolismo de neurotransmisores y la función del sistema inmune. Su déficit ocasiona alteraciones del desarrollo y de la función del sistema nervioso central, con trastornos del aprendizaje y de la conducta; la actividad física, además, se ve dificultada, con menor capacidad para mantenerla. Los síntomas derivados de la situación deficitaria son poco específicos y pueden pasar desapercibidos: cansancio, cefalea, mareos, palpitaciones, respiración acortada, problemas de rendimiento escolar. Se ha asociado también un mayor riesgo de infecciones^(28,31-33).

La prevalencia en España de la ferropenia de adolescentes varones es del 1,7% y de mujeres del 5%. La anemia ferropénica aparece en el 0,9% de varones y el 1,6% de mujeres⁽²⁹⁾. El déficit de hierro puede estar causado por la pobre ingesta, las infecciones (que pueden bloquear su uso) y las metrorragias; se asocia también a déficit de otros micronutrientes como la vitamina A. El deportista tiene un riesgo aumentado porque el ejercicio se asocia a una mayor pérdida sanguínea a través de intestino y riñones, lo que puede originar alteraciones de la capacidad intelectual y de la resistencia física.

El adolescente varón tiene un crecimiento más intenso durante el estirón puberal y, a medida que comienza a producir más andrógenos, la síntesis de hemoglobina aumenta. Por ello, sus necesidades son mayores que en la mujer adolescente, aunque en ella también se motive un incremento cuando aparezca la menarquia. Deben considerarse, además, las variaciones biológicas del crecimiento, pues un adolescente cuyo crecimiento ocurra en una curva cercana al percentil 97 puede necesitar el doble que aquel cuya curva pertenezca al percentil 3. Por último, la amplia variación del coeficiente de absorción del hierro de los alimentos, tanto en la forma hémica (carne) como en la no hémica (vegetales), hace difícil estimar qué cantidad de hierro realmente se aporta con los alimentos. El hierro de la forma no hemo, que constituye el 80-90% del presente en la dieta,

tiene menor biodisponibilidad. Se recomienda a los adolescentes el consumo de carnes rojas, legumbres, verduras, cereales enriquecidos y vitamina C (aumenta la absorción de hierro no hémico). Algunos productos pueden disminuir su biodisponibilidad: lácteos, fitatos, taninos (té, chocolate, café) y polifenoles⁽¹⁾.

Déficit de calcio

El aporte adecuado de calcio es fundamental para asegurar el crecimiento (se necesitan 20 g de calcio por cada cm de talla) y para alcanzar el pico de masa ósea, que parece ocurrir durante la segunda década de la vida. Si no se obtiene una masa ósea adecuada, existe más riesgo de fracturas y de osteoporosis en la vida adulta. Algunas situaciones durante la adolescencia pueden originar un déficit de calcio: excesiva ingesta de proteínas, intensa actividad física, enfermedades digestivas o endocrinológicas, y algunos fármacos como los corticoides^(3,23,29).

Déficit de cinc

El cinc forma parte de muchas enzimas, y es indispensable para el aumento de masa muscular (por cada kg de masa muscular pueden requerirse 20 mg de cinc) y ósea, y para la maduración sexual. El déficit puede deberse a ingesta insuficiente o a estados hipercatabólicos (politraumatismos, agresiones) que aumentan las necesidades. En la década de los 60 se describieron los primeros déficits graves de cinc, con enanismo, hipogonadismo y anemia. El déficit leve retrasa el crecimiento y la maduración sexual, y se asocia con anorexia, letargia, infecciones recurrentes, inadecuada cicatrización de las heridas y alteraciones del sentido del gusto. A partir de observaciones en mujeres adultas, algunos datos sugieren que un adecuado aporte de cinc puede prevenir la pérdida ósea^(3,23,29).

Déficit de vitaminas

Algunos estudios muestran que, entre el 10 y el 40% de los adolescentes, no cubren las necesidades de vitaminas A, B, C, y de ácido fólico; esta situación es más acusada en las mujeres. La ingesta de ácido fólico, que en niños es superior a la recomendada, a partir de los 14 años disminuye, y se ha visto que en el 78% mujeres de entre 15-18 años esta ingesta se encuentra por debajo de las recomendaciones⁽²⁹⁾.

OBESIDAD

La obesidad es el exceso de masa grasa corporal. En la actualidad constituye la alteración nutricional más frecuente en los países desarrollados. En el 95% de los casos, la causa de la obesidad es exógena, primaria o esencial, y se considera una enfermedad de herencia multifactorial donde influyen factores genéticos y ambientales.

El parámetro más utilizado para estimar la cantidad de grasa es el *índice de masa corporal* (IMC; en inglés, *Body*

TABLA 4. RDAs y AIs para agua y minerales

Edad (años)	Agua (l/d)	Calcio (mg/d)	Cloro (g/d) AAI	Cobre (µg/d)	Cromo (µg/d)	Fluor (mg/d)	Fósforo (mg/d)	Hierro (mg/d)	Magnesio (mg/d)	Manganeso (mg/d) AI	Molibdeno (µg/d) RDA	Potasio (g/d)	Selenio (µg/d)	Sodio (g/d)	Yodo (µg/d)	Zinc (mg)
Varones																
9-13	2,4*	1300*	2,3*	700	25*	2*	1250	8	240	1,9*	34	4,5*	40	1,5*	120	8
14-18	3,3*	1300*	2,3*	890	35*	3*	1250	11	410	2,2*	43	4,7*	55	1,5*	150	11
19-30	3,7*	1000*	2,3*	900	35*	4*	700	8	400	2,3*	45	4,7*	55	1,5*	150	11
Mujeres																
9-13	2,1*	1300*	2,3*	700	21*	2*	1250	8	240	1,6*	34	4,5*	40	1,5*	120	8
14-18	2,3*	1300*	2,3*	890	24*	3*	1250	15	360	1,6*	43	4,7*	55	1,5*	150	9
19-30	2,7*	1000*	2,3*	900	25*	3*	700	18	310	1,8*	45	4,7*	55	1,5*	150	8
Embarazo																
14-18	3,0*	1300*	2,3*	1000	29*	3*	1250	27	400	2,0*	50	4,7*	60	1,5*	220	12
19-30	3,0*	1000*	2,3*	1000	30*	3*	700	27	350	2,0*	50	4,7*	60	1,5*	220	11
Lactando																
≤ 18	3,8*	1300*	2,3*	1300	44*	3*	1250	10	360	2,6*	50	5,1*	70	1,5*	290	13
19-30	3,8*	1000*	2,3*	1300	45*	3*	700	9	310	2,6*	50	5,1*	70	1,5*	290	12

Las RDAs aparecen en negrita y las AIs con asterisco.

(Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorous, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride (1997); Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B₆, Folate, Vitamin B₁₂, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline (1998); Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids (2000); Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc (2001); and Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate (2005)). These reports may be accessed via <http://www.nap.edu>

TABLA 5. RDAs y AIs para vitaminas

Edad (años)	Biotina (µg/d)	Colina (mg/d) ^s	Folato (µg/d) ^f	Niacina (mg/d) ^e	Pantoténico (mg/d)	Riboflavina (mg/d)	Tiamina (mg/d)	Vitamina A (µg/d) ^a	Vitamina B ₆ (mg/d)	Vitamina B ₁₂ (µg/d)	Vitamina C (mg/d)	Vitamina D (µg/d) ^{b,c}	Vitamina E (mg) ^d	Vitamina K (microgr)
Varones														
9-13	20*	375*	300	12	4*	0,9	0,9	600	1,0	1,8	45	5*	11	60*
14-18	25*	550*	400	16	5*	1,3	1,2	900	1,3	2,4	75	5*	15	75*
19-30	30*	550*	400	16	5*	1,3	1,2	900	1,3	2,4	90	5*	15	120*
Mujeres														
9-13	20*	375*	300	12	4*	0,9	0,9	600	1,0	1,8	45	5*	11	60*
14-18	25*	400*	400i	14	5*	1,0	1,0	700	1,2	2,4	65	5*	15	75*
19-30	30*	425*	400i	14	5*	1,1	1,1	700	1,3	2,4	75	5*	15	90*
Embarazo														
≤ 18	30*	450*	600j	18	6*	1,4	1,4	750	1,9	2,6	80	5*	15	75*
19-30	30*	450*	600j	18	6*	1,4	1,4	770	1,9	2,6	85	5*	15	90*
Lactando														
≤ 18	35*	550*	500	17	7*	1,6	1,4	1200	2,0	2,8	115	5*	19	75*
19-30	35*	550*	500	17	7*	1,6	1,4	1300	2,0	2,8	120	5*	19	90*

RDAs en negrita y AI con asterisco

a. Como equivalentes de actividad del retinol (RAEs). 1 RAE = 1 µg retinol, 12 µg β-carotenos, 24 µg α-carotenos, o 24 µg β-criptoxantina. El RAE de los carotenoides de la provitamina A es dos veces mayor que los equivalentes de retinol (RE), mientras que el RAE e la vitamina A

preformada es el mismo que el RE.

b. Como colecalfiferol. 1 µg colecalfiferol = 40 UI de vitamina D.

c. En ausencia de una adecuada exposición al sol.

d. Como α-tocoferol. El α-Tocoferol incluye el RRR-α-tocoferol, única forma del α-tocoferol que aparece de forma natural en las comidas, y las formas 2R-estereoisoméricas del α-tocoferol (los RRR-, RSR-, RRS-, y el RSS-α-tocoferol) que aparecen en comidas suplementadas y en suplementos. No incluye las formas 2S-estereoisoméricas del α-tocoferol (los SRR-, SSR-, SRS-, y el SSS-α-tocoferol), también presentes en comidas suplementadas y en suplementos

e. Como equivalentes de niacina (NE). 1 mg of niacina = 60 mg of triptófano.

f. Aunque se han fijado AIs para la colina, pocos datos permiten evaluar si un suplemento diario de colina es necesario en todas las edades, satisfaciéndose en algunas de estas edades con la síntesis endógena.

g. Como equivalentes de folato en la dieta (DFE). 1 DFE = 1 µg de folato en la comida = 0,6 µg de folato de comida suplementada o como suplemento consumido con la comida=0,5 µg de un suplemento consumido con el estómago vacío.

h. En vista de las pruebas que vinculan la ingesta de folato con defectos del tubo neural en el feto, se recomienda que todas las mujeres en edad fértil consuman 400 µg a partir de suplementos o de comidas suplementadas, aparte de consumir folato de la comida procedente de una dieta variada.

i. Se asume que todas las mujeres continuarán consumiendo 400 µg a partir de suplementos o de comida suplementada hasta que se confirme el embarazo o comiencen los cuidados prenatales, que habitualmente sucede al final del período periconcepcional, período crítico de formación del tubo neural.

j. Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride (1997); Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B₆, Folate, Vitamin B₁₂, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline (1998); Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids (2000); Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc (2001); and Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate (2005). These reports may be accessed via <http://hwwww.nap.edu>.

Mass Index), que es el cociente entre el peso (expresado en kg) y el cuadrado de la altura (expresada en m). En España, aplicando las tablas del Prof. M. Hernández, se puede definir pragmáticamente *sobrepeso* si el IMC es superior al p90 para su edad y sexo, y *obesidad* si el IMC supera el p97⁽³⁴⁾.

La obesidad se ha convertido en un grave problema de salud pública, por su alcance epidémico, su tendencia a la cronicidad y sus graves repercusiones médicas y sociales. Los datos estadounidenses procedentes de las encuestas NHANES (*National Health*) indican una prevalencia de obesidad infantil del 17,1% en 2003-2004, cifra que ha aumentado en ambos sexos desde encuestas anteriores^(35,36). El estudio AVENA (Alimentación y Valoración del Estado Nutricional en Adolescentes), que reúne datos antropométricos procedentes de cinco ciudades españolas, da como resultados prevalencias de obesidad sumada a sobrepeso del 25,69% (5,68% de obesidad) en adolescentes varones, y del 19,13% (3,08% de obesidad) en adolescentes mujeres⁽³⁷⁾. La ingesta de dietas hipercalóricas, con poco valor nutricional, y el abandono de otras más saludables, así como la disminución de la actividad física, se cree que son los factores más involucrados⁽³⁸⁾. Parecen existir períodos críticos en los que la ganancia de peso se relaciona con el desarrollo de obesidad en la edad adulta⁽³⁹⁾. El peso al nacer, tanto por exceso como por defecto, puede predecir obesidad y riesgo cardiovascular. El rebote adiposo precoz en la infancia podría ser útil para identificar a aquellos niños en riesgo sobre los que se podría actuar preventivamente. Además, la adolescencia es un período crítico; el riesgo de persistencia de la obesidad es mayor en las mujeres adolescentes, pero el riesgo de mortalidad asociado a la obesidad es mayor en los varones adolescentes⁽⁴⁰⁾.

Las repercusiones en la salud de niños y de adolescentes son múltiples. La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular establecido, trae consigo comorbilidad psiquiátrica asociada, predispone al padecimiento de problemas en numerosos órganos y sistemas, e incluso parece tener importantes repercusiones en la esfera social. Los niños obesos desarrollan más frecuentemente hipertensión arterial, alteraciones del lipidograma, cambios en la estructura del ventrículo izquierdo, niveles elevados de insulina y de marcadores de inflamación⁽⁴¹⁾. Al aumento de la prevalencia de la obesidad se le ha atribuido la mayor responsabilidad en el incremento de la diabetes mellitus tipo 2 en población pediátrica⁽⁴²⁾. La constelación de comorbilidad asociada de hipertensión arterial, diabetes mellitus, aterosclerosis, estados proinflamatorios se ha venido en denominar síndrome metabólico; su agrupación está justificada por el desarrollo de enfermedad cardiovascular en población adulta. Otras enfermedades en las que la obesidad actúa como factor de riesgo son la epifisiólisis femoral proximal, el síndrome de ovario poliquístico, el síndrome de hipertensión intracraneal

benigna (o *pseudotumor cerebri*) o la litiasis biliar⁽⁴³⁾. La comorbilidad psiquiátrica asociada consiste en disminución de la autoestima, mayor tendencia a trastornos depresivos, de ansiedad y de la conducta alimentaria, así como insatisfacción con la imagen corporal. En algunos estudios se ha asociado la obesidad infantil con menor nivel socioeconómico y laboral posterior⁽⁴⁴⁾.

Para el diagnóstico y valoración de la obesidad es necesario realizar una completa evaluación nutricional como se detalla a continuación dentro de este capítulo, así como determinar el grado de actividad física. En algunas situaciones será necesario realizar otros análisis complementarios (función tiroidea, cortisol en orina, lipidograma e insulina, entre otras) para descartar causas secundarias de obesidad y/o comorbilidad añadida. La presencia de *acantosis nigricans* constituye un marcador de insulinoresistencia.

El tipo de intervenciones más ampliamente utilizadas es la modificación del estilo de vida: dieta y actividad física para no interferir en el período de crecimiento y desarrollo^(45,46). Estas medidas se solapan a las actitudes preventivas que se deben aconsejar a niños y adolescentes sanos⁽⁴⁷⁾. A largo plazo la participación de la familia y la modificación del entorno parecen jugar un papel fundamental. Se están impulsando medidas legislativas que regulan el acceso y la composición de los menús escolares, y que favorecen programas de educación y de promoción de la actividad física⁽⁴⁸⁾. La experiencia de los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos es limitada; habitualmente está reservada a adolescentes con grados extremos de obesidad en los que las medidas higiénico-dietéticas han fracasado^(49,50).

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Bajo el término de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) se agrupan varias enfermedades de graves repercusiones médicas, inicio habitual en la adolescencia, y rasgos comunes característicos: hábitos dietéticos disfuncionales, alteración de la imagen corporal propia, cambios en el peso y consecuencias muy graves de afectación de diferentes órganos y sistemas del organismo.

En la anorexia nerviosa (AN), hay una pérdida sostenida de peso corporal con una restricción de los hábitos dietéticos, una distorsión de la imagen corporal y un deseo aumentado de perder más peso ante el temor convincente de obesidad. Esta pérdida a menudo se acompaña de actividad física compulsiva; en algunos pacientes, además, se encuentran conductas purgativas que pueden asociarse a atracones (episodios de ingesta descontrolada). Suele iniciarse en la adolescencia inicial o media, las pacientes no suelen buscar atención médica, y tiene mal pronóstico⁽⁵¹⁾. En la bulimia nerviosa (BN), por el contrario, lo habitual es un peso corporal normal o aumentado; la conducta alimentaria

disfuncional son los atracones, que pueden seguirse o no de intensas purgaciones. El inicio suele ocurrir al final de la adolescencia y, aunque la mayoría de los pacientes responde al tratamiento, la recurrencia es la norma⁽⁵²⁾. Anorexia y bulimia nerviosa suelen asociarse a comorbilidad psiquiátrica importante, como trastornos depresivos o de ansiedad, y tener una tendencia a cronificarse una vez que se instaura la conducta disfuncional.

El trastorno por atracones no dispone de código diagnóstico específico en la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades⁽⁵³⁾; en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, texto revisado) se propone su inclusión en un grupo de investigación⁽⁵⁴⁾. Hay datos que justifican su diferenciación de la anorexia o de la bulimia nerviosa como la carencia de conductas compensadoras, edad más tardía de comienzo, y mayor prevalencia de obesidad⁽⁵⁵⁾. Otros cuadros que comparten algunas características típicas de la AN y BN, pero que no llegan a completar todo el cuadro clínico, conforman el denominado espectro de los TCA, y se denotan como cuadros subclínicos, incompletos, parciales o no especificados y atípicos (EDNOS)⁽⁵⁵⁾.

Los TCA cada vez son más frecuentes, y aparecen a edades más precoces. Se calcula que alrededor del 1% de las chicas entre 12-20 años padecen anorexia y un 3,5% de las mayores de 15 años bulimia. Varios estudios en adolescentes han encontrado que hasta un 50% de las chicas que tienen un peso normal y el 40% de las que tienen un peso bajo no están satisfechas con su imagen corporal y desearían estar más delgadas. Entre las chicas de 13 y 16 años el 7,5% han utilizado como medidas purgativas el vómito, el 4% laxantes y el 32,5% restricciones dietéticas^(1,56).

La disminución de la ingesta conduce a una desnutrición crónica que pone en marcha los mecanismos fisiológicos compensatorios frente a un ayuno prolongado: descenso del metabolismo basal y modificaciones hormonales, además de alteraciones cardiovasculares, renales, gastrointestinales, hematológicas y del sistema inmunológico. Todas ellas dependen de la duración y severidad de la restricción dietética, así como del grado y velocidad de la disminución del peso corporal^(1,56).

El objetivo del tratamiento es la recuperación nutricional, la identificación y resolución de los desencadenantes psicosociales, así como del trastorno del apetito y la restauración a un patrón de alimentación saludable. Según el riesgo médico o psiquiátrico del paciente, el tratamiento se realizará ambulatoriamente o con hospitalización⁽⁵⁶⁾.

CONSEJOS NUTRICIONALES EN LA ADOLESCENCIA

La elevación de las necesidades nutricionales en la adolescencia, que puede superar muchas otras épocas de la vida, hace que el adolescente sea muy sensible a restricciones

y carencias, y que esté expuesto a situaciones de riesgo. Para evitarlo, las dietas deben individualizarse teniendo en cuenta la edad, el sexo (los varones ganan peso más rápidamente y a expensas de masa muscular y esquelética, mientras que las mujeres lo hacen a costa de masa grasa), la talla, velocidad de crecimiento y la actividad física. Hay que evitar sobrecargas si la maduración del joven es más lenta^(25,29,57).

Se debe aportar una dieta con una adecuada proporción entre los principios inmediatos (30-35% de calorías en forma de grasa, 50-60% carbohidratos, y 10-15% proteínas) con una adecuada distribución a lo largo del día. Es necesario fomentar un desayuno adecuado (25% del ingreso energético diario) para mantener una buena actividad intelectual y física; no hacer una comida copiosa para evitar la somnolencia postprandial (30%); recomendar una merienda equilibrada, evitando los picoteos y calorías vacías (15-20%); y una cena con el 25-30% del ingreso energético diario. Se evitará las ingestas entre horas^(3,29).

Se debe moderar el consumo de proteínas, y procurar que tengan origen tanto vegetal como animal (el 50% debe ser de alto valor biológico, aportando aminoácidos esenciales). Se aconsejan carnes poco grasas (vaca, pollo, ternera), y el consumo de pescado rico en grasa poliinsaturada; se desaconseja el consumo de la grasa visible (saturada) de las carnes. Se debe potenciar el consumo de aceite de oliva. Los carbohidratos se deben dar en su forma compleja (cereales, tubérculos, legumbres y frutas); así también se asegurará un adecuado aporte de fibra⁽²⁷⁾.

En el desayuno, se debe incluir al menos un producto lácteo (la principal fuente de calcio, con 125 mg por cada 100 ml de leche o 145 mg por cada yogurt natural), un cereal y una fruta o zumo natural. En las comidas, se deben favorecer legumbres, pescados y cereales así como ensaladas y verduras adaptados a sus gustos. Las hamburguesas y pizzas pueden tomarse siempre y cuando se equilibre la dieta; las patatas pueden consumirse preferiblemente al horno que fritas; hay que favorecer usar pan integral, y beber agua y zumos naturales, sobre bebidas manufacturadas ricas en azúcares aditivos y fósforo. En los refrigerios, los frutos secos, frutas deshidratadas, colines y palomitas de maíz son más saludables que la bollería industrial, los dulces y fritos, que deben restringirse. En la cena, es recomendable incluir hidratos de carbono complejos, teniendo en cuenta el periodo prolongado de ayuno durante la noche⁽⁵⁶⁾.

La forma más adecuada de cubrir las necesidades de vitaminas y minerales es con una dieta variada y equilibrada que incluya varias raciones de los diferentes grupos de alimentos. Es importante mantener un peso saludable estableciendo un equilibrio entre el aporte y el gasto energético. Se fomentarán hábitos de vida saludables, con ejercicio físico habitual, y se evitarán tóxicos, como el tabaco y el alcohol.



FIGURA 1. Pirámide de la alimentación saludable (SENC, 2004).

GUIA PIRÁMIDE DE ALIMENTOS

En 1992, el Departamento de Agricultura de EE.UU. publicó una guía para poder relacionar los aspectos cualitativos de los grupos de alimentos con aspectos cuantitativos referidos al número de raciones (porciones) que tienen que ser consumidos para cumplir las recomendaciones. Esta guía se estructura en forma de una pirámide. Se aprecian los 5 grupos de alimentos en los tres niveles más bajos de la pirámide; como el contenido en nutrientes es diferente, los alimentos de un grupo no pueden reemplazar a los de otro, sino que todos son necesarios para conseguir un buen estado de salud. En la punta están las grasas, aceites, azúcares y pastelería, que no se consideran grupo mayor y hay que darlos de forma restringida.

La pirámide permite una gran variedad de los alimentos para asegurar los requerimientos, una alimentación equilibrada al consumir cantidades apropiadas de cada grupo, y moderación al elegir alimentos que satisfacen las necesidades controlando el aporte de grasas y azúcares. La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria propuso su pirámide de alimentos en 2004⁽⁵⁸⁾.

“Porción de alimento” es aquella parte de alimento que sirve como unidad de cantidad o volumen. Es necesario consumir diariamente el mínimo de las porciones de los 5 grupos, el número específico depende de la cantidad de ener-

gía requerida por cada individuo que está relacionada con la edad, sexo, estado de salud y nivel de actividad. En la figura 1 y tabla 6, puede verse la pirámide de la alimentación saludable y el tamaño de las raciones⁽⁵⁸⁾.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Dentro de la historia y examen físico de todo niño y adolescente, debemos investigar cuál es el tipo de alimentación que realiza, los factores de riesgo a los que está expuesto, cómo se ve a sí mismo (imagen corporal) y cuál es su estado de nutrición, para descubrir y tratar lo más precozmente cualquier posible trastorno. La valoración nutricional consta de^(1,29):

1. **Anamnesis.** Se recogen antecedentes personales y familiares, situación sociofamiliar y encuesta dietética de 24 horas, para investigar el tipo de alimentación y la posible exposición a riesgos: tabaco, alcohol y otras drogas, sedentarismo, depresión y embarazo.

2. **Medidas antropométricas.** Se determinan peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro braquial, pliegue tricípital. Las mediciones seriadas permiten conocer el perfil de desarrollo del niño y calcular la velocidad del crecimiento, que es el mejor índice del estado de nutrición a lo largo del tiempo. Ante un IMC alto, es importante valorar si es debido a exceso de masa magra (constitución atléti-

TABLA 6. Grupo de alimentos y tamaño de las raciones para niños y adolescentes

Grupo 1: Cereales, arroz, pasta y pan
1 rebanada de pan, 30 g de cereal Media taza de arroz o pasta
Grupo 2: Vegetales
Una taza de vegetales crudos con hoja Media taza de vegetales crudos o cocinados
Grupo 3: Frutas
Una manzana, plátano o naranja de tamaño medio Media taza de fruta envasada o en conserva 3/4 de taza de zumo de fruta 1/4 de taza de fruta seca
Grupo 4: Lácteos
Una taza de leche o <i>yoghurt</i> 45 g de queso natural
Grupo 5: Carnes
60-90 g de carne magra. Pollo o pescado (Media taza de legumbres cocinadas o un huevo, o 1/3 de taza de frutos es similar a 30 g de carne)

Una taza equivale 240 g o 240 mL. Las cantidades que figuran en la tabla equivalen a una ración. (Dietary Guideline Advisors Committee and U.S. Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion.

ca) o de masa grasa (obesidad). La suma de los pliegues corporales estima mejor la cantidad de grasa del organismo que el IMC; en la obesidad, está elevado el pliegue tricípital.

3. Exploración clínica. No suelen observarse manifestaciones clínicas, salvo que los déficit nutricionales sean muy severos. En la tabla 7, se detallan algunos de estos signos. Es importante despistar signos de organicidad (fiebre, cansancio, pérdida llamativa de peso en pocos meses).

4. Datos de laboratorio. Se puede realizar hemograma y bioquímica con metabolismo del hierro, cinc, prealbúmina, albúmina, inmunoglobulinas y función hepática. Pueden determinarse también vitaminas y otros minerales si se sospechan déficit. Para determinar estados carenciales límite, se utilizan pruebas funcionales que miden alteraciones de las diferentes funciones del organismo (coagulación, inmunidad, fragilidad capilar...).

5. Otras determinaciones. Se puede evaluar la edad ósea y la densitometría. El análisis de la composición corporal se suele reservar para estudios experimentales y no se emplea de rutina.

TABLA 7. Signos clínicos indicativos de déficit nutricionales (Adaptado de Neinstein, 2002)¹

Piel y mucosas
– Palidez: ferropenia – Hiperqueratosis folicular: déficit o exceso de vitamina A – Xantomas: dislipemias – Petequias: déficit de vitamina C
Ojos
– Ceguera nocturna: déficit de vitamina A – Blefaritis angular: déficit de riboflavina o de niacina
Labios
– Estomatitis angular, queilitis: déficit de riboflavina o de niacina
Lengua
– Glositis: déficits de niacina, ácido fólico, vitamina B ₁₂ , o vitamina B ₆ – Atrofia Papilar: déficits de Riboflavina, niacina, ácido fólico, vitamina B ₁₂ , o ferropenia – Pérdida del sentido del gusto, disgeusia: déficit de cinc
Encías, dientes
– Encías blandas, sangrantes: déficit de vitamina C – Caries dental: dieta rica en azúcares refinados
Pelo, uñas
– Quebradizas con bordes fisurados: malnutrición, déficit de calcio, ferropenia – Cóncavas (con el borde libre curvado en ángulo): déficit vitamina A
Otros signos generales de malnutrición
– Desgaste muscular – Retraso madurez sexual – Amenorrea – Hepatomegalia

PREVENCIÓN NUTRICIONAL

Durante la infancia y adolescencia, es muy importante la educación y aplicar normas dietéticas y consejos de promoción de la salud antes de la instauración de los hábitos que permanecerán durante la edad adulta. A continuación, se exponen las actividades que el pediatra debe realizar para conseguir que los niños y adolescentes tengan una nutrición adecuada; de esta forma, se conseguirá un apropiado crecimiento y desarrollo, y una mejor calidad de vida en la edad adulta^(29,56):

1. Informar y educar a los niños, adolescentes, padres y educadores, para que adopten conductas nutricionales y estilos de vida saludables. Hay estudios que demuestran que la enseñanza al adolescente sobre una dieta equilibrada, ejercicio físico, tabaco y alcohol hace modificar su comportamiento con efectos beneficiosos a corto y largo plazo. La Unión Europea ha expresado la necesidad de dar directrices a las escuelas para realizar docencia en nutrición a niños y adolescentes.

2. Motivar hacia dietas adecuadas y ayudar a modificar los hábitos alterados. A los adolescentes hay que explicarles los beneficios a corto plazo de una buena nutrición (mejor desarrollo muscular, actividad deportiva, aspecto físico...), ya que los beneficios a largo plazo no les interesan ni les preocupan; y que comprendan las necesidades nutricionales para un adecuado desarrollo físico.

3. Promocionar, desde la infancia, una adecuada imagen corporal y cómo mejorar la autoestima.

4. Enseñar a tener un pensamiento crítico sobre las normas socioculturales, y también habilidades para resistir las influencias ambientales adversas sobre la alimentación y realización de dietas.

5. Seguir y evaluar a los adolescentes mediante los exámenes periódicos de salud para la detección precoz y el tratamiento de los problemas y déficit subclínicos.

6. Actuar a nivel de los medios de comunicación sobre los mensajes que transmiten y sobre la industria, comedores escolares y restaurantes, para que incluyan ingredientes más sanos en los refrigerios y en las comidas.

CONCLUSIONES

La adolescencia es un período que ha sido tradicionalmente desatendido desde el punto de vista médico. Los diferentes estudios realizados muestran que la adopción de hábitos alimentarios poco saludables, la falta de actividad física y las influencias sociales y de los medios de comunicación conducen a niños y adolescentes hacia estilos de vida peligrosos para su salud física, psicológica y social. Son necesarias medidas preventivas, con un enfoque multidisciplinar, que incluya la educación, y donde intervengan todas las partes implicadas: los propios pacientes, los padres, los profesionales sanitarios, los educadores, mediadores sociales, medios de comunicación y legisladores, sobre todo, para contrarrestar y evitar estos problemas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neinstein LS. Adolescent Health Care: A practical Guide. 4th edition. Lippincot Williams&Wilkins. 2002.
2. Spear BA. Adolescent growth and development. *J Am Diet Assoc* 2002; 102: 23-9.
3. Story M. Nutritional requeriments during adolescence. En: McAnarney E, Kreipe Orr DP, Comerci GD, eds. *Textbook of*

Adolescent Medicine. Philadelphia: Penn WB Saunders, 1992: 75-84.

4. Cusatis DC, Shannon BM. Influences on adolescent eating behavior. *J Adolesc Health* 1996; 18: 27-34.
5. Dwyer JT, Evans M, Stone E, et al. Adolescents' eating patterns influence their nutrient intakes. *J Am Diet Assoc* 2001; 101: 798-802.
6. Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc* 2002; 102: 40-51.
7. Hidalgo I, Garrido G, Hernández M. Health status and Risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *J Adolesc Health* 2000; 27: 351-60.
8. Nicklas TA, Bao W, Webber LS, Berenson GS. Breakfast consumption affects adequacy of total daily intake in children. *J Am Diet Assoc* 1993; 93: 886-91.
9. Nicklas TA, O'Neil CE, Berenson GS. Nutrient contribution of breakfast, secular trends, and the role of ready-to-eat cereals: a review of data from the Bogalusa heart study. *Am J Clin Nutr* 1998; 67: 757-63.
10. Basiotis PP, Lino M, Anand RS. Eating breakfast greatly improves schoolchildren's diet quality. *Fam Econ Nutr Rev* 1999; 12: 81-3.
11. Nicklas TA, Reger C, Myers L, O'Neil C. Breakfast consumption with and without vitamin-mineral supplement use favorably impacts daily nutrient intake of ninth-grade students. *J Adolesc Health* 2000; 27: 314-21.
12. Jahns L, Siega-Riz AM, Popkin BM. The increasing prevalence of snacking among US children from 1977 to 1996. *J Pediatr* 2001; 138: 493-8.
13. Nielsen SJ, Siega-Riz AM, Popkin BM. Trends in food locations and sources among adolescents and young adults. *Prev Med* 2002; 35: 107-13.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Morb Mort Wkly Rep* 1996; 45: 1.
15. Lytle LA. Nutritional issues for adolescents. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2003; 17: 177-89.
16. Hidalgo MI. Alimentación y necesidades nutricionales durante la adolescencia. En: G. Castellano, MI Hidalgo, AM Redondo. *Medicina de la Adolescencia*. Atención Integral. Ergon. Madrid, 2004. p. 84-96.
17. Food and Nutrition Board. Dietary References Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium; Vitamina D and Fluoride. The National Academy Press. Washington DC, 1997.
18. Food and Nutrition Board: Dietary references intakes for thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B, Folate, Vitamin B₁₂, Pantothenic Acid, Biotin and Choline. The National Academy Press. Washington DC, 1998.
19. Food and Nutrition Board: Dietary references intakes for Vitamin E, Vitamin C, Selenium and Carotinoids. The National Academy Press. Washington DC, 2000
20. Food and Nutrition Board: Dietary references intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molibdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc. The National Academy Press. Washington DC, 2001.
21. Food and Nutrition Board: Dietary references intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids. The National Academy Press. Washington DC, 2002.

22. Otten JJ, Hellwig JP, Meyers LD. The Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements. National Academies Press; 1st edition, 2006.
23. Dimeglio G. Nutrition and the adolescence. *Pediatrics in Review* 2000; 21: 32-4.
24. Hernández Rodríguez M. Alimentación infantil. 3^a Ed. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A. 2001.
25. Gidding SS, Dennison BA, Birch LL, Daniels SR, Gilman MW, Lichtenstein AH, Rattay KT, Steinberger J, Stettler N, Van Horn L. Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners: consensus statement from the American Heart Association. *Circulation* 2005; 112(13): 2061-75.
26. Muñoz A, Cleveland LE, Krebs-Smith SM, Ballard-Barbash R, Cleveland LE. Food Intakes of US Children and Adolescents compared with recommendations. *Pediatrics* 1997; 100: 323-9.
27. Williams CL, Bollela M, Wynder EL. A new recommendation for dietary fiber in childhood. *Pediatrics* 1995; 96: 985-8.
28. Stang J, Story MT, Harnack I. Relations ship between vitamin and mineral supplement use, dietary intake and dietary adequacy among adolescents. *J Am Diet Assoc* 2000; 100: 905-11.
29. Casas J, González Gross, Marcos A. Nutrición del adolescente. En: Tojo R, ed. *Tratado de Nutrición pediátrica*. Barcelona: Doyma, 2001. p. 437-53.
30. Serra Majem LI, Aranceta Bartrina J, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, García Closas R. Estudio enKid: Objetivos y metodología. En: Serra Majem LI, Aranceta Bartrina J (eds). *Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio enKid*. Barcelona: Masson, 2000. p. 1-8.
31. Wärnberg J, Ruiz JR, Ortega FB, Romeo J, González-Gross M, Moreno LA, et al. Estudio AVENA* (Alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes). Resultados obtenidos 2003-2006. *Pediatr Integral* 2006; Supl (1): 50-5.
32. Merino Arribas JM. Anemias en la infancia. Anemia ferropénica. *Pediatr Integral* 2004; VIII(5): 385-403.
33. Samuelson G, Bratteby LE, Berggren K, Elverby JE, Kempe B. Dietary iron intake and iron status in adolescents. *Acta Paediatr* 2005; 85(9): 1033-8.
34. Hernández Met al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto sobre crecimiento y desarrollo. Fundación F. Orbegozo. Madrid: Garsi. 1968.
35. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004 *JAMA*. 2006; 295: 1549-55.
36. Troyano RP, Flegal KM. Overweight Children and Adolescents: Description, Epidemiology, and Demographics. *Pediatrics* 1998; 101: 497-504.
37. Moreno LA, Mesana MI, Fleta J, Ruiz JR, González-Gross M, Sarrià A, et al. Overweight, obesity and body fat composition in Spanish adolescents. The AVENA Study. *Ann Nutr Metab* 2005; 49: 71-6.
38. Serra-Majem L, Aranceta Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Ribas-Barba L, Delgado-Rubio A. Prevalence and determinants of obesity in Spanish children and young people. *Br J Nutr* 2006; 96 Suppl 1: S67-72.
39. Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, et al. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ* 2005; 330: 1357-63.
40. Srinivasan SR, Bao W, Wattigney WA, Berenson GS. Adolescent overweight is associated with adult overweight and related multiple cardiovascular risk factors: the Bogalusa Heart Study. *Metabolism* 1996; 45(2): 235-40.
41. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, et al. Overweight in Children and Adolescents. Pathophysiology, Consequences, Prevention, and Treatment. *Circulation* 2005; 111: 1999-2012.
42. Amaya MJ, Colino E, López-Capapé M, Alonso M, Barrio RM. Diabetes mellitus tipo 2 en la edad pediátrica. *An Pediatr(Barc)* 2005; 62(2): 174-7.
43. DietzWH, Thomas TN. Overweight Children and Adolescents. *N Engl J Med* 2005; 352: 2100-9.
44. Viner RM, Cole TJ. Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study. *BMJ* 2005; 330: 1354-8.
45. Epstein LH, Myers MD, Raynor HA, Saelens BE. Treatment of pediatric obesity. *Pediatrics* 1998; 101: 554-70.
46. Barlow SE, Trowbridge FL, Klish WJ, Dietz WH Treatment of Child and Adolescent Obesity: Reports From Pediatricians, Pediatric Nurse Practitioners, and Registered Dietitian. *Pediatrics* 2002; 110: 229-35.
47. Campbell K, Waters E, O'Meara S, Kelly S, Summerbell C. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2: CD001871.
48. Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. Obesity - The New Frontier of Public Health Law. *N Engl J Med* 2006; 354: 2601-10.
49. Berkowitz RI, Wadden TA, Tershakovec AM, Cronquist JL. Behavior therapy and sibutramine for the treatment of adolescent obesity: a randomized controlled clinical trial. *JAMA* 2003; 289: 1805-12.
50. Inge TH, Krebs NF, García VF, et al. Bariatric surgery for severely overweight adolescents: concerns and recommendations. *Pediatrics* 2004; 114: 217-23.
51. Yager J, Andersen AE. Anorexia Nervosa. *N Engl J Med* 2005; 353: 1481-8.
52. Mehler PS. Bulimia nervosa. *N Engl J Med* 2003; 349: 875-81.
53. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version for 2006. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> [acceso el 15 de noviembre de 2006]
54. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (Text Revision)*. 2002 (DSM-IV-TR)
55. Nicholls, D, Viner, R. Eating disorders and weight problems. *BMJ* 2005; 330: 950-3.
56. Casas Rivero J, Hidalgo Vicario MI, Ortega Molina M. Trastornos del comportamiento alimentario. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. Ergon. Madrid 2004. p. 84-96 430-435.
57. Rees J, Neumark-Sztainer D, Kohn M, Jacobson M, et al. Improving the nutritional health of adolescent position statement society for adolescent medicine. *J Adolesc Health* 1999; 24: 461-2.
58. Dapcich V, Salvador Castell G, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J, Serra-Majem L. Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Madrid, 2004.

Problemas de salud mental

J. Cornellà i Canals¹, A. Llusent Guillamet²

¹Doctor en Medicina. Pediatra y Máster en Paidopsiquiatría. Coordinador del Programa "Salut i Escola". Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Servicios Territoriales de Girona. Girona. ²Licenciado en Medicina. Máster en Paidopsiquiatría. Adjunto en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Horta Guinardó y Hospital de Sant Rafael. Barcelona

RESUMEN

La salud mental del adolescente debe ser un tema de especial atención. Los signos y síntomas no siempre están bien definidos, pudiéndose confundir, a menudo, con la propia crisis de la adolescencia. Las bases para atender los problemas de salud mental del adolescente son una buena historia clínica, unas excelentes habilidades para la entrevista, la observación de la evolución y la capacidad de trabajar en equipo.

Se discute la prevalencia de los trastornos psiquiátricos del adolescente y las distintas clasificaciones. De forma más detallada se describen los trastornos vinculados a la ansiedad, incluyendo el trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos depresivos, las conductas de autoagresión y el suicidio, los trastornos de conducta y disociales y la esquizofrenia. En cada uno de estos trastornos se exponen las bases para el diagnóstico y las pautas para su tratamiento.

Se insiste en la importancia de conocer la topología de los trastornos adaptativos del adolescente ya que, con una buena orientación y un oportuno tratamiento, se puede evitar su evolución hacia trastornos más graves.

Palabras Clave: Adolescencia; Psiquiatría; Ansiedad; Depresión, Suicidio, Estrés, Esquizofrenia.

ABSTRACT

Adolescent's mental health should be a topic of special interest. Signs and symptoms are not always well defined, often leading to confusion with the adolescence's crisis it-

self. The basis for the adolescent mental health problems assistance are a good clinical history, some excellent abilities for the interview, evolution observation and team work capacity.

In this work, the prevalence of psychiatric disorders on adolescents and the different classifications are reviewed. In a more detailed way, disorders related to anxiety, including posttraumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder, depressive disorders, self aggression behaviours and suicide, conduct and antisocial disorders and schizophrenia are described. Diagnostic basis and treatment guides are exposed for each disorder.

It is pointed out the importance of knowing the typology of adaptation disorders on adolescents since, with a good orientation and an opportune treatment, evolution toward more serious disorders can be avoidable

Key Words: Adolescence; Psychiatry; Anxiety; Depression; Suicide; Stress; Schizophrenia.

LA ADOLESCENCIA, CAMBIO Y ADAPTACIÓN

No hay duda de que la adolescencia es una etapa de cambios, de crisis y de adaptaciones. Algunos de ellos forman parte de la normalidad, otros entran de lleno en el campo de los problemas adaptativos, más o menos graves, y en el de las enfermedades psiquiátricas. Por ello, cuando el pediatra acepta atender adolescentes en su consulta, se puede encontrar con demandas de padres agobiados por problemas que derivan de esta crisis. Desde los pequeños robos hasta las huidas temporales del hogar paterno, pasando por el desorden en la habitación, la experimentación con tóxicos, las mentiras, el rechazo escolar, la violencia verbal o la pertenencia a grupos automarginados. Y esta enumeración representa solamente un botón de muestra de todas aquellas pequeñas alteraciones que, sin que se puedan etiquetar como patológicas, representan un punto de conflicto en

Correspondencia: Josep Cornellà i Canals. C/ Barcelona, 2, 4º, 3ª. 17002 Girona.
e-mail: cornella@comg.es
Recibido: Enero 2007

la familia, en la escuela o en el entorno social del adolescente.

El pediatra puede ser víctima de la transferencia de esta angustia paterna. Y puede ser víctima de su autocrítica que le descubre sus lagunas formativas en el campo de la salud mental. Y surge siempre la duda: dónde acaba la normalidad y dónde empieza la patología. Establecer los límites en el adolescente no es fácil.

Para ayudar al discernimiento y avanzar en la comprensión de la clínica del adolescente, pueden ser útiles las siguientes preguntas:

1. *¿Cuál es la gravedad del problema?* ¿Se trata de la conducta habitual del adolescente, o ha habido un marcado cambio en ella?

2. *¿Cuál es la duración del problema?*: días, meses, años.

3. *¿Cómo ha sido, hasta este momento, el desarrollo del adolescente* respecto a su independencia, autoimagen, compañeros, escuela, identidad? ¿Se trata de una conducta consecuenta con el grado de desarrollo del adolescente?

4. *¿Cuál es el funcionamiento diario del adolescente?* ¿Son los problemas suficientemente graves como para interferir en las actividades diarias del adolescente en áreas como la escuela o las actividades sociales?

En la base de muchos de los problemas por los que se nos solicita nuestra opinión se puede hablar de un **trastorno adaptativo** del adolescente. De acuerdo con el DSM-IV, consiste en la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable (en este caso hablaríamos de los cambios biológicos y psicológicos que supone la adolescencia), dentro de los tres meses siguientes a la presencia de dicho factor. Puede expresarse como un malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante y que puede producir un deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).

Es importante tener en cuenta este diagnóstico para evitar caer en el sobre-diagnóstico psiquiátrico del adolescente. El trastorno adaptativo puede cursar con sintomatología depresiva, ansiosa, o de trastorno de conducta alimentaria. Por lo tanto, conviene tenerlo muy presente en el diagnóstico diferencial y, sobre todo, basar el diagnóstico de acuerdo con la evolución de la sintomatología.

En general, y con todo el riesgo que supone una simplificación, podríamos decir que “un problema es problema cuando causa problemas”. Este simple axioma nos puede ayudar a dirimir la necesidad de profundizar en un posible problema de salud mental.

CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

El tema de las clasificaciones en salud mental es cada vez más complejo. La comprensión de los trastornos comórbidos y de los “espectros” de ciertos trastornos dan un amplio margen a las posibilidades diagnósticas, de manera que cada vez resulta más difícil quedarse con una sola cate-

goría diagnóstica. Los sistemas que gozan actualmente de mayor utilidad son la ICD-10, de la OMS⁽¹⁾, y el DSM, de la Academia Americana de Psiquiatría⁽²⁾. Con todo, hay que reconocer las limitaciones de cada sistema de clasificación y advertir que dichas clasificaciones, especialmente la americana, son métodos de ayuda en la clínica, basados en criterios estadísticos, pero que nunca serán determinantes para un diagnóstico. Por su especificidad, defendemos la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA), cuya última edición revisada data del año 2000⁽³⁾. A pesar de mantener una aproximación al psicoanálisis, ha sabido incorporar los nuevos conceptos de la moderna psiquiatría, siempre referidos a la franja de edad que nos ocupa.

Al enfocar el diagnóstico de los trastornos de la salud mental del adolescente, debemos plantearnos las siguientes cuestiones⁽⁴⁾:

- ¿Tiene el adolescente un trastorno psiquiátrico?
- ¿Reúne criterios para un diagnóstico clínico?
- ¿Qué elementos intrapsíquicos, intrafamiliares, socioculturales y biológicos hay que considerar?
- ¿Qué factores mantienen el problema?
- ¿Qué factores facilitarían el normal desarrollo?
- ¿Cuales son los puntos fuertes y las competencias del adolescente y de su familia?
- ¿Qué es probable que suceda sin tratamiento?
- ¿Es necesaria la intervención en este caso?
- ¿Qué tipos de intervención son probablemente más efectivos?

A partir de aquí, vendrá la tarea diagnóstica.

¿De qué elementos nos valemos para el diagnóstico? Lo primero es la entrevista con los padres, con el adolescente (por separado y conjuntamente), las informaciones recogidas por otros profesionales, el examen físico y neurológico ¡es importante no olvidar el “chasis”!), la psicometría, y los exámenes complementarios que se justifiquen a partir de los datos recogidos. Los cuestionarios serán de utilidad como complemento; nunca para decidir un diagnóstico. Quiero subrayar, no obstante, el valor que tiene una entrevista bien hecha, en calma, en profundidad, y sin hacerse ningún prejuicio diagnóstico. Si la autocrítica siempre se impone en el ejercicio de la profesión médica, mucho más debe imponerse en un terreno en que se analizan las desviaciones de la conducta de una persona que está en proceso de maduración, donde deben existir las normales variaciones de la normalidad. En muchas ocasiones será la observación de la evolución la que nos va a dar las claves para un diagnóstico correcto.

En función de los criterios diagnósticos utilizados, existe una gran variabilidad en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Las medias más razonables⁽⁵⁾ apuntan a una prevalencia del 8% en la edad preescolar, del 12% en la preadolescencia y del 18% en la

edad adolescente. La falta de reconocimiento de la psiquiatría del niño y del adolescente ha contribuido en gran manera a esta dispersión y a una cierta confusión diagnóstica. Estas prevalencias pueden multiplicarse por tres en los niños y adolescentes que viven en las zonas suburbanas de las grandes ciudades⁽⁶⁾.

La aplicación, por ejemplo, de los criterios del DSM IV TR y, indiscriminadamente, de algunas escalas y cuestionarios, ha dado lugar a una confusión importante sobre la prevalencia del trastorno por déficit de atención, con un sobrediagnóstico del mismo y una sobreprescripción de metilfenidato. Los estudios actuales sitúan la prevalencia de dicho trastorno entre un 3 y un 6% en la edad escolar⁽⁷⁾.

Las diferencias de prevalencia según el género también deben ser consideradas. En muchos trastornos se ha reconocido una más amplia prevalencia en el sexo masculino (Trastorno obsesivo compulsivo, inicio de esquizofrenia), otros en el sexo femenino (la ansiedad, los trastornos en la conducta alimentaria), y otros que no muestran una clara predilección según el género (depresión, trastorno bipolar).

TRASTORNOS AFECTIVOS Y EMOCIONALES

Deberíamos considerar aquí un amplio grupo de trastornos: la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos por estrés postraumático y los trastornos obsesivo-compulsivos. Habría que añadir a este capítulo las autoagresiones y las tentativas de suicidio. Estos trastornos, junto a los de la conducta, son los más frecuentes en la edad adolescente. Si consideramos las formas parciales de manifestación y los demás síntomas emocionales menores, pueden afectar, en un momento u otro de sus vidas, a la mayoría de adolescentes.

DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Hasta no hace mucho tiempo se pensaba que los niños no sufrían depresiones y que los adolescentes, de forma basal, manifestaban un afecto depresivo dentro de la normalidad. Sin embargo, actualmente este hecho ha sido descartado, y se admite la existencia de cuadros depresivos en niños y adolescentes. Pueden ser recurrentes y causan un elevado nivel de afectación psicosocial, incluido el fracaso escolar, en los adolescentes⁽⁸⁾.

Todo parece indicar que la tasa de prevalencia de depresión en niños y adolescentes ha ido aumentando a lo largo del pasado siglo. O, tal vez, el mejor conocimiento del trastorno ha permitido una mayor aproximación diagnóstica. Actualmente se acepta una tasa muy variable que, en adolescentes, puede oscilar entre el 0,5 y el 8%.

La sintomatología depresiva debe ser comprendida dentro del contexto del desarrollo del adolescente, por lo que sus manifestaciones van a diferir, en mayor o menor grado, de las que observamos en el adulto. Existen, a menudo, trastornos depresivos parciales, menos intensos, más reactivos,

menos conscientes, pero que pueden ser causa de un progresivo *discomfort* y estrés en el adolescente, con sus repercusiones clínicas.

Se han propuesto diversas clasificaciones de las depresiones en adolescentes. Consideramos que la más útil es la que considera las depresiones que han empezado antes o después de la pubertad. En los primeros existe un menor riesgo de recurrencia, mientras que, en los segundos, la influencia del entorno familiar es mucho más decisivo.

Etiopatogenia: los procesos implicados en la génesis de la depresión entre la gente joven no son del todo conocidos. La evidencia sugiere que la causa es una combinación de factores genéticos, junto con eventos estresantes precipitantes, y otros que actuarían como factores de mantenimiento.

Los *factores genéticos* actúan, no sólo como parte de la propia herencia individual, sino también modulando otros aspectos (el carácter y el temperamento) que, a su vez, influirán en las dinámicas de interacción familiar y de relación con los pares. Respecto a los factores precipitantes se han relacionado eventos vitales estresantes, tales como abuso físico, emocional o sexual, problemas entre los padres, etc., a pesar que existe una gran variación en cuanto a la respuesta ante dichas situaciones. Asimismo, en muchas ocasiones no puede identificarse de forma clara un determinado factor precipitante, sino que la causa debería buscarse en estresores crónicos. En cuanto a los *factores de mantenimiento* la persistencia de la propia depresión actuaría como uno de ellos. Los episodios depresivos producen cambios a nivel neuroquímico, aumentando la susceptibilidad para sufrir nuevos episodios, e incluso acortar los períodos interepisódicos en el caso de las recidivas. La persistencia de los factores adversos que pueden haber desencadenado el episodio y de otras entidades comórbidas que pueden darse durante el episodio depresivo, así como otros aspectos como las características de personalidad y el estilo cognitivo pueden actuar también como factores de mantenimiento.

Manifestaciones clínicas: la expresión de un cuadro depresivo en adolescentes puede ser muy variada, y dependerá de factores tales como la capacidad intelectual del sujeto, la madurez emocional y la capacidad verbal para analizar la vida emocional. Mardomingo⁽⁹⁾ señala 10 indicadores que, cuando se presentan combinados entre sí, constituyen la clave para detectar un trastorno depresivo. Estos indicadores incluyen la tristeza, el llanto, una visión negativa de la vida, una imagen personal deficiente, sensación de impotencia, dificultades de atención y concentración, imposibilidad de tomar decisiones, irritabilidad, pérdida o aumento indiscriminado del apetito y trastornos del sueño. Cuando estos síntomas duran más de dos o cuatro semanas, hay que averiguar si existe una depresión. Cuando se asocian síntomas ansiosos a los depresivos, éstos suelen tener una mayor duración, con un incremento de conduc-

TABLA 1. Sintomatología depresiva en el adolescente

Bajo estado anímico
Irritabilidad
Anhedonia
Problemas de concentración
Lentitud o agitación psicomotriz
Cansancio
Alteraciones en el apetito
Pérdida o ganancia de peso
Trastornos del sueño
Sentimientos de inutilidad y desaliento (baja autoestima)
Lentitud de pensamiento
Dificultad para tomar decisiones
Ideas-tentativas de suicidio

tas de riesgo (drogas, suicidio), aumento de los problemas psicosociales y pobre respuesta a la psicoterapia. En la tabla 1 se recogen los principales síntomas depresivos en el adolescente.

¿Un espectro depresivo?: el DSM-IV discrimina dentro de los trastornos del estado de ánimo: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado, trastorno bipolar tipo I y II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar no especificado, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedades médicas, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Diagnóstico diferencial: el diagnóstico diferencial debe incluir otras entidades psiquiátricas que pueden justificar la existencia de un estado de ánimo depresivo, siendo dichas entidades el problema primario a partir del cual aparecen los síntomas depresivos. El diagnóstico diferencial debe incluir también una correcta evaluación física, para descartar enfermedades orgánicas diversas.

Pero, además, hay que tener en cuenta el frecuente hábito depresivo de base que puede presentar el adolescente. Se trata de episodios con marcada sintomatología depresiva, de corta duración, y que revierten con facilidad cuando existe un motivo suficiente (la llamada de un amigo, por ejemplo).

Tratamiento: suele ser necesario y, en muchas ocasiones, es decisivo para la recuperación. Debería ser prescrito, dirigido y controlado por un psiquiatra, tras la oportuna evaluación clínica de los síntomas depresivos y de los procesos comórbidos que puedan estar asociados.

– Los antidepresivos se han mostrado muy eficaces también en niños y adolescentes. La elección del antidepresivo más adecuado estará en función de la edad del niño, de la comorbilidad, y de las particularidades de cada fármaco. A pesar de las recomendaciones de la *Food and Drug Administration* FDA, y de acuerdo con la Asociación Española de Psi-

quiatria Infanto Juvenil⁽¹⁰⁾, el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina se han mostrado muy eficaces y muy bien tolerados en adolescentes. La duración de tratamiento es larga para evitar recaídas (nunca menos de un año).

– A la medicación hay que añadir psicoterapia. Recomendamos las técnicas de base cognitiva y conductual, orientadas a modificar la visión distorsionada que tiene el adolescente de sí mismo y de su entorno, intentando superar las relaciones complicadas e identificando los factores de estrés de su alrededor. Los mejores resultados terapéuticos se obtienen de la combinación de la psicoterapia cognitivo-conductual y la farmacología⁽¹¹⁾.

– Habría que añadir orientación familiar y trabajo coordinado con la escuela.

AUTOAGRESIÓN Y SUICIDIO

Se trata de un problema no siempre asociado a la depresión. La impulsividad del adolescente juega un importante papel. Como factores predisponentes individuales se consideran algunos trastornos psiquiátricos (depresión, psicosis, abuso de sustancias, trastornos de conducta), el aislamiento, la baja autoestima, y la enfermedad crónica. También hay que considerar las situaciones familiares de pérdida, las alteraciones importantes en la convivencia familiar, el abuso, la negligencia, así como la historia familiar de trastornos psiquiátricos y de suicidio⁽¹²⁾.

Lo más importante será la prevención de las tentativas, mediante una actuación que incluya a todos los profesionales implicados en la salud integral del adolescente. Hay que evaluar los posibles factores etiológicos y establecer el oportuno tratamiento.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Hay que diferenciar entre lo que es adaptativo de lo que no lo es. La ansiedad, como síntoma, tiene un valor adaptativo fundamental en términos de autoconservación y de supervivencia de la especie. Pero existen situaciones en que los mecanismos de ansiedad funcionan de forma anómala. Existen distintas clasificaciones en categorías de dichos trastornos en categorías, pero el clínico tiene muy a menudo la sensación de estar lidiando con matices, y a él le corresponde decidir dónde termina la línea de la normalidad y dónde empieza lo patológico (Tabla 2).

Dentro de los trastornos de ansiedad en la adolescencia (que poseerán mayor similitud con los de los adultos) cabe destacar: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de angustia con o sin agorafobia y la fobia social.

La incidencia y prevalencia de dichos trastornos no están bien establecidas, aunque nos hallamos ante un grupo de trastornos de alta frecuencia en la adolescencia.

Trastorno de ansiedad generalizada. Se define por un patrón de ansiedad y preocupación excesivas sobre una am-

TABLA 2. Sintomatología general de la ansiedad en adolescentes

Angustia
Temores irreprimibles
Dolor torácico
Obsesiones
Rituales
Inhibición motriz
Molestias físicas
Sentimientos de despersonalización / desrealización

plia gama de acontecimientos o actividades, que se prolonga durante más de seis meses, de difícil control para el individuo. Además, pueden aparecer otros síntomas tales como inquietud o impaciencia, fatigabilidad, problemas de concentración, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño. Puede existir cierto solapamiento sintomático con los trastornos del estado anímico, y corresponderá al psiquiatra discernir ante qué cuadro se halla. No es infrecuente que se asocie a otras patologías, y también al trastorno de angustia.

En su *etiología*, desde un punto de vista neurobiológico, hay que considerar la interacción entre factores genéticos y ambientales que, sostenida en el tiempo, conduciría a cambios morfológicos a nivel neuronal, que asentarían las respuestas de patrón ansioso como forma habitual de interpretar y relacionarse con la realidad circundante. Existen diversos factores neuroquímicos implicados en la génesis de la ansiedad, tales como un descenso de la serotonina, un aumento de la noradrenalina, un descenso del GABA y un aumento del glutamato.

Trastorno obsesivo compulsivo. Se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones con carácter recurrente que ocupan una cantidad significativa de tiempo al sujeto y causan cierto grado de deterioro e interferencia con la vida diaria. Las obsesiones son pensamientos persistentes y recurrentes, impulsos o imágenes que se vivencian como intrusivas, inadecuadas y perturbadoras, que no son simples preocupaciones excesivas sobre problemas reales. Entendemos por compulsiones los comportamientos repetitivos o actos mentales que una persona necesita realizar de acuerdo a unos parámetros rígidos para reducir la ansiedad o para prevenir consecuencias negativas

Existen determinados tipos de comportamientos de carácter ritual, o con componentes de superstición, normales en el desarrollo infantil. Se trata de comportamientos importantes desde un punto de vista del desarrollo, aprendizaje y de control de la ansiedad. Sin embargo, existen diferencias entre estos comportamientos normales y aquellos que entran en el ámbito de la patología. Las conduc-

TABLA 3. Las 5 preguntas clave en el TOC

¿Limpias mucho o te lavas en demasiada?
¿Necesitas comprobar las cosas varias veces?
¿Tienes pensamientos que te molestan y de los que te gustaría librarte, sin conseguirlo?
¿Te ocupan tus actividades diarias una gran parte de tu tiempo?
¿Te preocupa el orden o la simetría?

tas rituales normales son experimentadas por el niño como algo agradable, su interrupción es bien tolerada por el mismo, no causan interferencia con la vida diaria, no son conductas exageradamente anormales, y suelen disminuir a partir de los ocho años de edad. Las conductas anómalas que entran dentro del espectro obsesivo compulsivo, suelen acompañarse de ansiedad, su interrupción causa agresividad o enojo, interfieren con la vida cotidiana, son percibidos por los demás como algo patológico, y son causa de interferencia con las actividades normales. Estas conductas patológicas suelen prolongarse en de la adolescencia y en la vida adulta⁽¹³⁾.

La prevalencia de este trastorno se sitúa entre el 1% y el 3,6% en niños y adolescentes. Puede iniciarse hacia los 10 años de edad, y un tercio de los pacientes adultos afectados de TOC refieren presencia de síntomas durante la adolescencia. Hay que tenerlo en cuenta en la anamnesis de la salud mental (Tabla 3).

Clínicamente puede manifestarse de formas diversas, en función del tipo de obsesiones que experimente el paciente y el tipo de rituales que lleve a cabo para conjurar la ansiedad que se deriva de las primeras. Pueden aparecer miedos contaminantes obsesivos, acompañados de lavado compulsivo y evitación de “objetos contaminados”, llevando a una restricción de actividades, preocupaciones obsesivas sobre la seguridad de los padres o de ellos mismos, comprobaciones compulsivas repetitivas (puertas cerradas, familiares en casa), contar repetitivamente, necesidad de ordenar, organizar o arreglar, agobio a los padres sobre dudas o presuntas culpabilidades imaginarias, pensamientos negativos,... A veces existen matices religiosos (escrupulosidad), necesidad de tocar objetos, búsqueda de simetría en los objetos o repetir acciones raras, relectura o re-escritura de los deberes escolares que interfieren rendimiento académico, repetición de oraciones.

En adolescentes, la sintomatología es heterogénea: aparecen diversos tipos de manifestaciones, que varían a lo largo del tiempo, lo que dificulta la definición de subtipos. De hecho, a lo largo de la vida, pueden darse diversas manifestaciones que pueden coincidir en algún momento, y que no existe relación entre distintos tipos de síntomas y la edad⁽¹⁴⁾.

Asociado al TOC pueden aparecer diversas manifestaciones comórbidas que hay que analizar y orientar, tales como ansiedad, tics, trastornos del humor, problemas de atención, dificultades cognitivas o problemas adaptativos.

Al realizar una valoración de un paciente con síntomas del espectro obsesivo compulsivo, se debe realizar el diagnóstico diferencial con diversas entidades clínicas tales como trastornos del espectro autista, trastorno dismorfofóbico, psicosis o esquizofrenia.

El abordaje terapéutico del TOC suele ser doble, utilizando ISRS y terapia cognitivo conductual específica para este trastorno. Como en la mayoría de tratamientos la combinación de ambos métodos suele conseguir una respuesta más rápida y duradera.

Trastorno de angustia con o sin agorafobia: diversos estudios establecen de forma clara la presencia de crisis de angustia en adolescentes. Una crisis de angustia se define como un período discreto de temor intenso, malestar o terror que se acompañan de ideas de desastre inminente o de pérdida de control de la realidad. La aparición de estos síntomas es brusca, y suele acompañarse de algunos de los siguientes síntomas que alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: palpitaciones o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, despersonalización desrealización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones.

La diferencia entre un trastorno de angustia y un trastorno de ansiedad generalizada estriba en el hecho de que el primero puede darse en el segundo así como en otros trastornos de ansiedad, mientras que un trastorno de ansiedad puede no acompañarse de crisis de angustia.

La agorafobia se define como la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar pueda ser difícil o embarazoso, o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada puede no disponerse de ayuda. Suele afectar de forma característica situaciones que incluyen estar fuera de casa solo, estar en una multitud o de pie en una fila, estar en un puente o en un autobús un tren o en un coche. En general la persona afectada por esta entidad suele evitar dichas situaciones

El trastorno de angustia afecta a un 0,6% de individuos en escuelas superiores, siendo la prevalencia más alta entre el sexo femenino. La edad más frecuente de inicio es entre los 15 y los 19 años.

Con relación a la etiología, los estudios indican una implicación de la serotonina, la noradrenalina y el GABA, dado que se produce respuesta relativamente buena a las intervenciones farmacológicas.

El *diagnóstico diferencial* incluye enfermedades médicas (asma, diabetes, epilepsia, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo,

feocromocitoma, alteraciones vestibulares, problemas cardíacos), la intoxicación por estimulantes y la abstinencia de sedantes.

El *tratamiento* del trastorno de angustia incluye psicofarmacología (preferentemente ISRS) y psicoterapia cognitivo - conductual.

Fobia social. Se caracteriza por un temor acusado y persistente por una o más situaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación por parte de los demás. La exposición a dichas situaciones suele acompañarse de algún tipo de respuesta de ansiedad, incluso una crisis de angustia situacional. El individuo reconoce que el temor es excesivo o irracional, y evita las situaciones temidas, o se experimentan con ansiedad o malestar internos.

Se estima que la *prevalencia* de dicho trastorno en adolescentes se sitúa entorno al 1%, y es más común en el sexo masculino que en el femenino.

La *etiología* no está clara. Puede producirse después de un evento social traumático, aunque no es frecuente que existan antecedentes infantiles de inhibición social o timidez, así como presencia de trastorno de ansiedad en padres o hermanos, hechos que apuntarían a un trasfondo genético.

La aparición de este trastorno suele producirse hacia la mitad de la segunda década de la vida y con un inicio insidioso. El curso suele mantenerse a lo largo de la vida con fluctuaciones en función de los estresores que pueden ir apareciendo. La aparición antes de los 11 años suele predecir una falta de recuperación en la edad adulta.

El *diagnóstico diferencial* incluye los otros trastornos de ansiedad descritos anteriormente. Además, la ansiedad social y la evitación suelen ser frecuentes en otros trastornos (depresión, trastornos de la personalidad u otras enfermedades médicas).

El tratamiento se basa en la psicoterapia de tipo cognitivo conductual, desensibilización sistemática y entrenamiento en habilidades sociales.

No existen ensayos controlados con tratamientos farmacológicos para la fobia social en adolescentes. Se han ensayado benzodiacepinas, ISRS, antidepressivos tricíclicos...

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Se trata de una respuesta tardía a un acontecimiento traumático, con una sintomatología ansiosa importante, que impide al paciente realizar, con normalidad, sus actividades habituales, pues existe una intrusión del pensamiento ansioso.

Puede aparecer dentro de los seis meses siguientes al acontecimiento (no es tan inmediato como en el trastorno adaptativo), el episodio traumático suele ser de gran intensidad, no es preciso que exista vulnerabilidad, y la sintomatología se manifiesta en forma de *flashbacks*, ansiedad, depresión, alteraciones en el sueño, sentimiento de

insensibilidad, hipervigilancia, evitación de los estímulos que recuerden el hecho traumático, y estado de alerta fisiológica.

Es importante considerar los aspectos preventivos ante desastres naturales y/o accidentes y, una vez establecido el cuadro, utilizar las técnicas de psicoterapia conductiva-conductual. No existe tratamiento farmacológico específico ¹⁵.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

El término trastorno del comportamiento sirve para referirse a un modelo persistente de comportamiento antisocial con el que se produce una trasgresión de las normas sociales y se producen actos agresivos que molestan a otras personas. Este trastorno posee una elevada prevalencia en la población infantil y adolescente, y se está convirtiendo en un fenómeno cada vez más común en el mundo occidental, siendo ya el principal motivo de derivación a los servicios de salud mental. Además hay que señalar que causa dolor y sufrimiento a los demás, así como estilos de vida empobrecidos en quienes lo padecen.

La cuestión de los trastornos del comportamiento, desde una perspectiva médica, plantea un interesante y no resuelto debate ético a los profesionales de la salud. Si aceptamos que este trastorno implica un estado mental y unas capacidades sociales intactas, debemos entender que, posiblemente, un planteamiento educativo y social adecuado podría resolver la situación. Las acciones corresponderían a maestros, policías, jueces y políticos. Sin embargo, existen evidencias cada vez más claras sobre la importancia de los factores genéticos y biológicos en este tipo de trastornos, y que muchos casos responden a la medicación. La valoración cautelosa de la persona con comportamientos disociales evitará una mala praxis profesional, el uso indebido de etiquetas diagnósticas, y el uso indiscriminado de la medicación.

Clínicamente este trastorno puede tener distintas **manifestaciones**, y dado que se trata de un tipo de conductas que se distribuyen de forma continua en la población es tarea del clínico decidir que nivel de comportamiento antisocial constituye un trastorno del comportamiento. Hay que valorar la gravedad y frecuencia de los actos antisociales, la pauta y el escenario de los mismos, así como la persistencia en el tiempo y el impacto que causan.

Durante la adolescencia, los trastornos del comportamiento tienen un índice que se sitúa entre el 6 y el 12%, y los trastornos negativistas - desafiantes (que podríamos considerar como una forma atenuada de los primeros) se dan alrededor de un 15%. Existe una influencia directa del propio proceso adolescente en estas tasas. Hay que diferenciar entre los casos de inicio en la infancia y los que debutan durante la adolescencia. En estos últimos suele observarse una disminución del comportamiento antisocial alrededor de los veinte años, por lo que a veces se denomina "trastorno limitado a la adolescencia". Además las manifestaciones sue-

len ser más leves (menor agresividad y violencia, menos impulsividad y menos déficit cognitivos y neuropsicológicos) que en los casos de inicio precoz, siendo más frecuentes en el sexo femenino. Al abordar los comportamientos disociales en adolescentes, no podemos olvidar que en muchos casos estas conductas forman parte del desarrollo "normal" del sujeto, sometido a presiones familiares, académicas o sociales, y que se correspondería con un proceso adaptativo.

Las manifestaciones de este trastorno son diversas e incluyen agresión a personas y animales (violencia, uso de armas, tortura...), destrucción de la propiedad y provocación de incendios, robo o fraudulencia (sin comportamientos agresivos) y violaciones graves de las normas.

El *diagnóstico diferencial* debe incluir el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos afectivos, trastornos del espectro autista, reacciones de adaptación a estresores externos, y desviación subcultural. La *evaluación* debe incluir también la búsqueda de déficit cognitivos tales como retraso mental general o específico y retrasos específicos de la lectura que aparecen en un tercio de los niños con problemas del comportamiento

Con relación a la *etiología* de estos trastornos hay que considerar la contribución de factores genéticos y ambientales. La conjunción de ambos potenciará la gravedad del trastorno. El peso de los factores genéticos es mayor en los casos de inicio precoz y sería importante en el desarrollo de la personalidad antisocial adulta. En la tabla 4 se exponen los factores de riesgo, tanto en el ámbito individual, como familiar y social.

El *tratamiento* de los sujetos con problemas del comportamiento es farmacológico y psicoterapéutico. La farmacoterapia no debe considerarse como la única herramienta, sino como una ayuda para el abordaje educacional o psicoterapéutico. En el caso que estas conductas sean síntoma de otras entidades médicas (TDAH, trastorno depresivo mayor,...) hay que emplear el tratamiento específico. En otros casos pueden ser útiles fármacos anticonvulsivantes para disminuir la impulsividad, o, por su acción sobre las vías dopaminérgicas, fármacos antipsicóticos.

El tratamiento psicoterapéutico intenta mejorar aspectos cognitivos y conductuales como la autoestima, el manejo de las emociones, mejorar las habilidades sociales o la capacidad de prever las consecuencias de los actos. La psicoterapia debe acompañarse de una movilización de todos los profesionales implicados en el tratamiento, ya que, muy a menudo, se requieren intervenciones de tipo social¹⁶.

ESQUIZOFRENIA EN ADOLESCENTES

Los trastornos psicóticos en adolescentes se hallan entre las enfermedades de mayor gravedad. Además de ser enfermedades con una alta carga de estigma para el que la padece, es también causa de marcado deterioro cognitivo, y por ende funcional, siendo este mayor cuanto más precoz

TABLA 4. Factores de riesgo para los trastornos de conducta

Individuales:

Factores genéticos
Temperamento. El “temperamento difícil” como factor de riesgo

Familiares:

Estilos parentales inefectivos: estilo coercitivo, inconsistente, escaso monitoraje, bajo nivel de involucración positiva, o alto nivel intrusivo, punitivo o de rechazo.

Mal funcionamiento familiar: conflictos conyugales, violencia doméstica. Separación o divorcio mal resuelto.

Estructura familiar: familias muy extensas, familias monoparentales (relacionado con bajo nivel socioeconómico).

Psicopatología paterna.

- Trastorno disocial de la personalidad en el padre.
- Abuso de sustancias en los progenitores.
- Depresión materna.

Extrafamiliares:

Vecindario
Comunidad
Compañeros
Medios de comunicación
Acceso a armas

sea la aparición de la enfermedad. La característica discriminante de la esquizofrenia son los síntomas psicóticos (entendidos como alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje incoherente, excitación o estupor catatónico y conducta desorganizada), a pesar que estos no son exclusivos de esta patología y de que no existe una definición universalmente aceptada.

Los cuadros de esquizofrenia que aparecen durante la adolescencia (entre los 13 y los 18 años) se denominan Esquizofrenia de Inicio Precoz (*Early Onset Schizophrenia*). La prevalencia general de esta enfermedad se sitúa entorno al 1% entre los 14 y los 55 años. Es infrecuente su aparición en la infancia y suele hacerlo entre los 15 y los 30 años.

Clínicamente podemos decir que los *síntomas de la esquizofrenia* se clasifican en dos grupos: positivos y negativos. Los síntomas positivos engloban las alucinaciones, las ideas delirantes y el trastorno del pensamiento, mientras que los negativos se refieren a déficits como aplanamiento afectivo, intensa apatía, alteraciones en las emociones, anhedonia y falta de interés e iniciativa. En función de los síntomas predominantes podemos clasificar la esquizofrenia en paranoide, catatónica, hebefrénica, indiferenciada, residual, simple y trastorno esquizofreniforme.

TABLA 5. Síntomas prodrómicos de la esquizofrenia

1. Síntomas inespecíficos de tipo neurótico afectivo. Ansiedad, irritabilidad, depresión, inestabilidad afectiva, sentimientos de culpabilidad, falta de confianza, ...

2. Alteraciones cognitivas. Déficit de atención y concentración, pérdida de capacidad de abstracción, bloqueos de pensamiento, excesiva preocupación, tendencia al ensimismamiento.

3. Síntomas psicóticos negativos. Apatía, anhedonia, retraimiento social, pobreza del habla, afecto restringido.

4. Síntomas psicóticos positivos atenuados. Ideas de referencia, pensamientos extravagantes o mágicos no consistentes con el contexto cultural, alteraciones perceptivas, ilusiones corporales,...

5. Síntomas psicóticos positivos, breves y transitorios. Alucinaciones, delirios, desorganización de pensamiento, de duración comprendidas entre minutos y una semana.

El *diagnóstico* de la esquizofrenia en niños y adolescentes se realiza a través de los mismos criterios que los que se utilizan para los adultos en los sistemas de clasificación de enfermedades mentales..

Para un clínico experimentado no es difícil diagnosticar correctamente a un paciente con esta patología. Lo que quizás posea mayor interés y también dificultad sea la identificación y manejo de los *cuadros prodrómicos*⁽¹⁷⁾ de la esquizofrenia, es decir aquellos síntomas y signos precoces, que sobresalen del estado habitual del paciente, y que preceden la instauración aguda y completa de las manifestaciones características de la enfermedad (Tabla 5). Los *pródromos* de la Esquizofrenia están constituidos por un grupo heterogéneo de manifestaciones que aparecen de forma gradual en el tiempo y que incluyen cambios en la conducta externa como consecuencia de cambios en la experiencia interna y el pensamiento del sujeto. La mayoría de individuos con Esquizofrenia han experimentado estos cambios, que incluyen disminución de la atención y la concentración, falta de motivación, humor depresivo, trastornos del sueño, ansiedad, aislamiento social, suspicacia, deterioro del funcionamiento e irritabilidad. Cabe señalar que estas manifestaciones son altamente inespecíficas y variables, pero el clínico que se halle ante un adolescente que presente manifestaciones de este tipo debe descartar, quizá también en función de la evolución, una esquizofrenia^(18,19).

Por lo que respecta a los *factores de riesgo* para desarrollar esta enfermedad cabe señalar: antecedentes familiares positivos, factores perinatales (infecciones víricas durante el embarazo, complicaciones obstétricas que causen hipoxia o isquemia o carencias nutricionales maternas durante embarazo. Por lo que respeta a factores más tardíos,

la relación con abuso de sustancias psicoactivas está bien establecida.

El *tratamiento* deberá ser indicado por el especialista. Incluye medicación antipsicótica y psicoterapia.

OTROS TRASTORNOS

Las limitaciones que imponen las normas de publicación de un artículo en una revista obligan a reducir los trastornos que pueden presentarse durante la adolescencia y que deben merecer también nuestra atención. Hemos intentado enumerar y describir aquellos que tienen un mayor interés. Pero ello no implica que no olvidemos otros que, de forma sucinta, pasamos a enumerar:

Trastornos por abuso de sustancias y Trastornos en la conducta alimentaria. Se describen en sendos capítulos de este mismo monográfico.

Trastorno bipolar. Se trata de un diagnóstico en el que se piensa pocas veces, a pesar de que existen evidencias de que puede presentarse también en niños y adolescentes, a pesar de las dificultades diagnósticas que presenta. Tiene un tratamiento específico⁽²⁰⁾.

Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad. Siendo un diagnóstico que suele hacerse durante la edad infantil, persiste durante la adolescencia en más de un 75% de los casos. Es importante el diagnóstico diferencial y la valoración de la comorbilidad psiquiátrica⁽²¹⁾.

Trastornos psicósomáticos. Comprende los trastornos adaptativos, trastornos disociativos, trastornos somatoformes, neurastenia, trastornos facticios, y el síndrome de Münchausen por poderes. Constituyen un capítulo muy importante en la salud mental del adolescente, merecedor de más investigación⁽²²⁾.

Trastornos del espectro autista. Especialmente conviene recordar el síndrome de Asperger, el trastorno semántico pragmático, y el autismo de alto rendimiento⁽²³⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization 1992.
2. American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales: DSM-IV. Masson SA. Barcelona, 1995.
3. Mises R, Quemada N, Botbol M, Burzsteijn C, Garrabe J, Golse B, et al. French classification for child and adolescent mental disorders. *Psychopathology* 2002; 35(2-3): 176-80.
4. Cantwell DP. DSM III Studies. In Rutter M, Tuma AH and Lann IS (eds). *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. New York: Guilford Press; 1988. p. 3-36.
5. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1988; 155: 715-25.
6. Ezpeleta L, Guillamon N, Granero R, De la Osa N, Maria Domenech J, Moya I. Prevalence of mental disorders in children and adolescents from a Spanish slum. *Soc Sci Med* 2006; 23. En prensa.
7. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA* 1998; 279: 1100-7.
8. Puig-Antich J, Lukens E, Davies M, Goetz D, Brennan-Quatrock J, Todak G. Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 500-7.
9. Mardomingo MJ. *Psiquiatría para padres y educadores*. Madrid, Narcea SA de ediciones; 2002. p. 255-7.
10. Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Comunicado oficial sobre el tratamiento con antidepresivos de los niños y adolescentes que sufren depresión. 8 de octubre de 2004. www.aepij.com/documentos/AEPIJ_ISRS.pdf
11. Possel P, Hautzinger M. [Effects of pharmacological and psychotherapeutic interventions in depression among children and adolescents]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2006; 34(4): 243-53.
12. Stanway T, Cotgrove AJ. Affective and emotional disorders. In Gowers SG (ed) *Adolescent Psychiatry in Clinical Practice*. London: Arnold Publishers; 2001. p. 104-7.
13. Aussilloux Ch, Denis H. Descripción clínica del TOC infanto-juvenil. En: Tomàs J, Casas M (eds). *Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2004. p. 13-25.
14. Cornellà J, Llusent A. La entrevista clínica como herramienta básica para el diagnóstico en salud mental del adolescente. En: Tomàs J, Casas M (eds). *Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2004. p. 229-44.
15. Stanway T, Cotgrove AJ. Affective and emotional disorders. In Gowers SG (ed) *Adolescent Psychiatry in Clinical Practice*. London: Arnold Publishers; 2001. p. 112-5.
16. Venables M. Conduct disorder and delinquency. In Gowers SG (ed) *Adolescent Psychiatry in Clinical Practice*. London: Arnold Publishers; 2001. p. 127-49.
17. Batlaj-Lovich M. La vulnerabilidad en la esquizofrenia: de la teoría a la práctica clínica. En Tomàs J, Bielsa A, Bassas N, Casas M (eds). *Esquizofrenia en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2006. p. 23-36.
18. Pedreira JL, Lahera G. Presentación clínica y evaluación de los pródromos de la esquizofrenia. En: Tomàs J, Bielsa A, Bassas N, Casas M (eds). *Esquizofrenia en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2006. p. 37-58.
19. Aussilloux CH, Grall CH. Esquizofrenia infantil: evolución del concepto y descripciones actuales. En Tomàs J, Bielsa A, Bassas N, Casas M (eds). *Esquizofrenia en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2006. p. 59-70.
20. Kowatch RA, DelBello MP. Pediatric bipolar disorder: emerging diagnostic and treatment approaches. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2006; 15(1): 73-108.
21. Aussilloux Ch, Baghdadli A. Desarrollo y evolución de la hiperactividad en la adolescencia. En: Tomàs J, Casas M (eds). *TDAH: hiperactividad*. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2004. p. 224-32.
22. Eminson M. Psychosomatic disorders. In Gowers SG (ed) *Adolescent Psychiatry in Clinical Practice*. London: Arnold Publishers; 2001. p. 230-57.
23. Cornellà J, Llusent A. Objetivación clínica del espectro autista durante la pubertad y adolescencia. En: Tomàs J (ed). *El espectro autista*. Barcelona: Laertes SA de ediciones; 2003 p. 45-56.

Los adolescentes y las drogas

M.A. Rodríguez Felipe¹, E. Megías Valenzuela²

¹Jefe del Área de Investigación y Servicios de la FAD. ²Director Técnico de la FAD

RESUMEN

El artículo presenta los datos actuales básicos sobre consumo de tabaco, alcohol y otras drogas por parte de los adolescentes españoles y su evolución en los últimos años. Posteriormente se ofrece un apartado dedicado a subrayar el carácter sociológico de los consumos de drogas expuestos. La principal tesis del artículo, en este sentido, es que dichos consumos se encuentran directamente vinculados con valores, actitudes y otras circunstancias de carácter social, que los enmarcan y, en gran medida, condicionan. Finalmente, se hace una reflexión acerca de los riesgos personales y sociales que pueden derivarse de la situación actual de los consumos, en los niveles en los que han sido expuestos y con el carácter sintónico que poseen para los estilos de vida dominantes actualmente.

Palabras Clave: Adolescentes; Prevalencias de consumo de drogas; Valores.

ABSTRACT

This document presents some basic data about use of tobacco, alcohol and other drugs for spanish adolescent population, and its development last years.

We offer a paragraph devoted to emphasize these drug consumes, at a sociological level, later.

Principal thesis underlying in this article, as we mentioned above, is that drug's abuse links to a scale of values and circumstances, and it tends to condition itself.

Correspondencia: Miguel Ángel Rodríguez Felipe.
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Avda. de Burgos 1 y 3. 28036 Madrid
Recibido: Enero 2007

REV ESP PEDIATR 2007;63(1):76-83

Finally, we propose a reflection about personal and social risks derivated from present situation, according to consume's levels and its nature for our prevailing way of life.

Key Words: Adolescents; Drug consumption prevalence; Values.

Son numerosos los estudios e investigaciones de todo tipo que se realizan en España y que, directa o indirectamente, analizan el consumo de drogas por parte de adolescentes y jóvenes, tanto a nivel nacional como local, y en prácticamente todas ellas encontramos un razonable nivel de coincidencia en los datos. Habitualmente utilizamos dos categorías de fuentes de datos: unas de tipo epidemiológico y otras de carácter sociológico. Como representación del primer tipo utilizaremos una investigación de carácter nacional, con amplia muestra y metodología muy consolidada, que además permite establecer comparaciones y tendencias desde diez años atrás. Se trata de la Encuesta Estatal sobre el uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (aplicada a adolescentes o jóvenes de 14 a 18 años), que realiza periódicamente el Plan Nacional Sobre Drogas.

Complementaremos el análisis con el último de los estudios específicos de carácter marcadamente sociológico, también de ámbito nacional, la investigación codirigida por Javier Elzo y Eusebio Megías, y que será editada de forma inmediata por la FAD con el título *Jóvenes, valores, drogas*.

Para facilitar la exposición de los datos sobre consumos hemos preferido hacerlo de modo particularizado, según sustancias, aunque, como es bien sabido, cuando hablamos de consumo de drogas, en la mayoría de casos estamos aludiendo a una realidad que no se produce de manera independiente para cada droga sino que se plasma en un patrón de policonsumo, en el que alternan o coexisten en el tiempo usos de dos o más sustancias psicoactivas.

TABLA 1. Prevalencias (porcentaje) de consumo de ALCOHOL alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días en 1994 y 2004 y distribución de las mismas según sexo y edad

Año	Alguna vez		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	1994	2004	1994	2004	1994	2004
Total	84,1	82,0	82,7	81,0	75,1	65,6
Sexo						
Hombre	84,3	81,5	82,8	80,6	75,3	65,5
Mujer	84,0	82,5	82,7	81,5	74,9	65,7
Edad						
14 años	69,6	59,2	67,7	57,9	56,7	38,0
15 años	81,8	76,6	80,4	75,6	71,8	57,7
16 años	88,0	86,9	86,7	85,9	80,0	71,9
17 años	91,9	91,9	90,7	91,1	85,1	78,2
18 años	92,5	93,8	91,1	93,0	86,2	81,5

Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994 y 2004. Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas

En este momento, en las franjas de edades que nos ocupan, entre los 14 y alrededor de los 20 años, existen tres modelos básicos de policonsumo. Uno de ellos agrupa a las sustancias psicoestimulantes (fundamentalmente, cocaína, éxtasis y anfetaminas) e incluye también el uso de cánnabis, alcohol y tabaco; sería el modelo fundamental en relación con las sustancias ilegales, que tiene una intencionalidad fundamentalmente lúdica y que acumula una buena parte de los riesgos relacionados con las drogas. Un segundo modelo de policonsumo incluiría a las sustancias legales, alcohol y tabaco, agrupando también, con un fuerte peso, el uso de cánnabis; lo que indica esta asociación es que el cánnabis, sustancia ilegal, ha experimentado un proceso de transformación en la percepción colectiva que ha hecho que, siendo utilizada como sustancia de abuso, también forme parte de los complejos de consumos más normalizados y legalizados. El tercer modelo de policonsumo, residual, incluiría a los opiáceos (básicamente la heroína) y a todo el resto de drogas accesibles en los mercados legales e ilegales.

Lo que estas agrupaciones indican fundamentalmente es, por una parte la importancia de las finalidades de estimulación asociadas a los momentos de ocio, que justificarían el primer modelo, y esa dualidad del cánnabis que, según los perfiles de los consumidores se utiliza o como sustancia de carácter ilegal, incluida en los patrones estimulantes del ocio, o como sustancia de carácter normalizado, asociada al alcohol y al tabaco.

LA DROGA MÁS CONSUMIDA: EL ALCOHOL

El alcohol es la droga más consumida en nuestro país por la población en general, por cualquier grupo etario, no sólo por los adolescentes. El consumo entre éstos mantiene altas

prevalencias, tanto en patrones de uso experimental como en otros caracterizados por una mayor asiduidad (Tabla 1).

En 2004 un 82% de los adolescentes españoles señalan haber probado alguna vez el alcohol, conducta que presenta una clara tendencia a la consolidación y continuidad (el 81% de los adolescentes han consumido en los últimos 12 meses, y el 65,8% en los últimos 30 días previos a la encuesta).

Por elevados que puedan parecer los porcentajes indicados, conviene señalar que en los últimos años las prevalencias de uso de alcohol entre nuestros adolescentes han experimentado una ligera tendencia a la baja, más apreciable en los consumos de carácter más habitual. Así, en 2004, encontramos un nivel de consumo habitual de alcohol situado en cerca de 10 puntos porcentuales por debajo de lo que aparecía en 1994 (Tabla 1).

Más allá de esa reducción en las tasas de consumo habitual declarado, cabe señalar que, según documentan numerosas investigaciones e informes, ha seguido modificándose el patrón de consumo habitual de alcohol por parte de los adolescentes. En estos últimos años se ha incrementado la tendencia a la concentración del consumo habitual de alcohol en espacios temporales (sobre todo, aunque no exclusivamente, en fines de semana), aumentando la cantidad ingerida por cada consumidor en esos espacios: es un patrón de consumo claramente más arriesgado. En esta línea encontramos que algo más de uno de cada tres jóvenes declara haberse emborrachado en los últimos 30 días, percibiendo sólo ligeras diferencias entre sexos (un 37% de ellos y un 32,5% de ellas). De entre esos adolescentes, un 9% se ha emborrachado de tres a cinco veces en los últimos 30 días y un 3,6% más de cinco veces (Tabla 2).

TABLA 2. Adolescentes y jóvenes (14-18 años), en porcentaje, que declaran haber tenido alguna borrachera alguna vez y en los últimos 30 días, así como número de ellas en este período

	Porcentaje total
Borracheras alguna vez	58,0
Borracheras en los últimos 30 días	34,8
Nº borracheras en los últimos 30 días	
Ninguna	65,2
Una o dos	21,9
De tres a cinco	9,2
Más de cinco	3,6

Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2004. Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas.

Por otro lado, atendiendo a la edad media de inicio en el consumo, en los últimos años la tendencia es al mantenimiento. La edad media del uso por primera vez se sitúa en los 13,7 años mientras que el consumo más habitual, de carácter semanal, se produce hacia los 15,1 años. Desde esa edad, todo indica que hasta alrededor de los 22 años los indicadores de consumo van subiendo de forma bastante homogénea.

Atendiendo a los rasgos que caracterizan el perfil del adolescente consumidor habitual de alcohol, podemos extraer algunas referencias interesantes:

- Como hemos visto, se trata de una conducta realizada por más hombres que mujeres (concretamente 8 puntos porcentuales más).
- Pese a que entre los 15-16 años el consumidor habitual de alcohol es realizado por más de la mitad de los jóvenes, esta tasa se incrementa con la edad hasta superar ligeramente el 78% a partir de los 21 años.
- En cuanto al nivel de estudios, en relación con lo ya expuesto sobre la edad, consumen habitualmente más alcohol los jóvenes que cursan bachillerato y módulos de formación profesional (hasta el 78% de ellos) mientras que el porcentaje de los que lo hacen en Primaria o Secundaria es de poco más del 41%.
- El consumo habitual de alcohol se da por igual en clases sociales diferentes.
- Más de 3 de cada 4 jóvenes que refieren relaciones regulares, malas o muy malas con sus padres, consumen habitualmente alcohol, mientras que, cuando dicen tenerlas buenas son 2 de cada 3 los que realizan dicha conducta.
- En sentido contrario al expuesto parece funcionar la relación con los amigos pues, cuanto mejor dicen ser, mayor es el porcentaje de jóvenes que consumen alcohol habitualmente. Este último elemento se interpreta de ordinario con un indicador del peso de la presión grupal en la

TABLA 3. Prevalencias (porcentaje) de consumo de TABACO alguna vez en la vida y en los últimos 30 días en 1994 y 2004 y distribución de las mismas según sexo y edad

Año	Alguna vez		Últimos 30 días	
	1994	2004	1994	2004
Total	60,6	60,4	31,1	37,4
Sexo				
Hombre	56,0	56,6	26,0	32,9
Mujer	65,1	64,1	36,3	41,9
Edad				
14 años	44,5	42,1	18,0	15,5
15 años	58,3	54,7	28,4	28,9
16 años	63,9	62,3	33,9	38,6
17 años	68,5	70,0	37,0	51,3
18 años	72,7	77,3	44,4	60,1

Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994 y 2004. Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas.

génesis de los consumos de drogas, peso que parece in cuestionable fundamentalmente en relación con las sustancias más normalizadas (alcohol, tabaco y cánnabis). Cuando se trata de sustancias más rechazadas socialmente lo que encontramos es que el sujeto puede consumir, no tanto a favor de la presión de grupo sino a pesar de la misma, puesto que en estos últimos casos lo que se correlaciona positivamente con los consumos es la mala relación con los amigos.

EL CONSUMO DE TABACO.

Según la Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en Enseñanzas Secundarias, 6 de cada 10 adolescentes han fumado alguna vez en su vida y, de ellos, de un modo más frecuente (en los últimos 30 días), algo más de la mitad, esto es, casi 4 de cada 10 jóvenes (Tabla 3).

Existen importantes diferencias según el sexo y la edad (Tabla 3). Así, las mujeres jóvenes declaran un consumo superior a los hombres en 7 puntos porcentuales (un 64,1% de ellas frente al 56,6% de ellos) en consumo alguna vez en la vida y, cuando analizamos el consumo habitual la diferencia se incrementa hasta los 9 puntos (42% de ellas por el 33% de ellos). Como veremos, es la única droga en la que se da esta situación, pues el resto de sustancias son consumidas más por hombres que por mujeres.

En cuanto a la edad, como ocurre con las demás drogas, existe una marcada influencia de la misma sobre el consumo de tabaco. El inicio se estaría produciendo en los 13,2 años, y el consumo diario se realizaría hacia los 14,5 años de media. A esa edad consumen tabaco de modo habitual

TABLA 4. Prevalencias (porcentaje) de consumo de CANNABIS alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días en 1994 y 2004 y distribución de las mismas según sexo y edad

Año	Alguna vez		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	1994	2004	1994	2004	1994	2004
Total	20,9	42,7	18,2	36,6	12,4	25,1
Sexo						
Hombre	23,8	45,3	21,2	39,4	15,1	28,3
Mujer	18,0	40,2	15,2	33,7	9,8	22,0
Edad						
14 años	6,3	19,6	5,3	17,2	n/d	10,0
15 años	15,1	33,7	13,4	29,3	n/d	19,2
16 años	23,2	45,9	20,5	39,5	n/d	27,8
17 años	30,3	56,7	26,5	48,4	n/d	34,6
18 años	38,2	63,5	32,0	51,8	n/d	35,7

Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994 y 2004. Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas.

un 15,5% de adolescentes, mientras que entre los jóvenes de 18 años ese porcentaje se eleva hasta el 60%.

Más allá de los ya referidos porcentajes de jóvenes consumidores, encontramos ciertas características relevantes en aquellos que declaran un consumo más habitual:

- Son más fumadoras las chicas que los chicos
- El incremento señalado en los porcentajes de las prevalencias de consumo se produce de modo progresivo entre los 14 y los 18 años pero es posible indicar que los incrementos más notables se dan en torno a los 15 años para el consumo experimental u ocasional y sobre los 17 para el consumo más habitual. Estos datos apenas han sufrido variación en los últimos años.

- Dado que la edad marca diferencias en el porcentaje de consumidores habituales, no es extraño comprobar que entre los estudiantes de ESO los porcentajes no superan el 30%, mientras que entre los que cursan módulos de FP y los que no estudian, el consumo habitual de tabaco supera el 50% e incluso se acerca al 60%, respectivamente.

- La relación con los padres parece relacionarse también con los porcentajes de consumo habitual de esta sustancia. A peor nivel de relación, mucho más consumo. Hay una diferencia de prácticamente el doble del porcentaje entre los que refieren una muy buena relación con sus padres (el 40,9% es consumidor habitual de tabaco) y los que dicen tenerla muy mala (el 80% consume con habitualidad)

- La relación con los amigos parece correlacionarse también con el uso habitual del tabaco y, al igual que el alcohol, en relación inversa a la relación con los padres, aunque en menor medida que esa variable.

CÁNNABIS

El cánnabis es la droga ilegal más consumida en España por adolescentes, jóvenes y por la población general.

La percepción de que posee un *status* cuasi legal, asociado a la baja percepción del riesgo que su uso conlleva y a la creencia de que es consumida por la mayoría de los jóvenes, aunque no sea así, la han convertido en una sustancia de creciente popularidad en nuestra sociedad. Refuerza esa posición la permanente y sistemática acción de diversos colectivos favorables a su uso y/o legalización del mismo, así como (al igual que el resto de las drogas), la preminencia de valores y estilos de vida sintónicos o, al menos, no contrarios, a ciertos consumo de drogas, sobre todo si se asocia al disfrute o a la evitación del malestar.

En lo que respecta a las prevalencias de consumo de cánnabis entre nuestros adolescentes, cabe decir en primer lugar que se han duplicado en los últimos 10-12 años (Tabla 4). En 1994 el 21% de los adolescentes entre los 14 y 18 años referían haber consumido alguna vez en la vida esta sustancia, el 18% haberlo hecho en el último año y de un modo más frecuente (últimos 30 días) encontrábamos a un 12%. En 2004 esos porcentajes se aproximan al doble, pues el 43% lo han consumido alguna vez, y el 33,6% y el 25% en los últimos 12 meses y últimos 30 días, respectivamente.

En el consumo de cánnabis, el sexo también marca algunas diferencias, relativamente significativas, aunque no notables, siendo siempre más realizado por varones que por mujeres con una diferencia de 5-6 puntos porcentuales (Tabla 4). Abundando en la diferencias de consumo entre ambos sexos, es interesante indicar que, entre los usuarios habituales, la media de "porros" diarios consumidos es de casi 3 por ellos y de poco más de 2 por ellas. Dicho de otro modo, un 20% de los varones entre 14 y 18 años, y un 13,3 de mujeres, fuman dos o más "porros" diarios actualmente.

Con respecto a la edad, la variación del consumo se produce de modo progresivo. En el caso del consumo en los últimos 30 días, se observa cómo los porcentajes de consu-

TABLA 5. Prevalencias (porcentaje) de consumo de COCAÍNA alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días en 1994 y 2004 y distribución de las mismas según sexo y edad

Año	Alguna vez		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	1994	2004	1994	2004	1994	2004
Total	2,5	9,0	1,8	7,2	1,1	3,8
Sexo						
Hombre	3,1	11,3	2,3	9,4	1,4	5,1
Mujer	1,9	6,8	1,2	5,1	0,7	2,6
Edad						
14 años	0,7	1,2	0,4	0,9	n/d	0,5
15 años	1,3	4,1	0,9	3,2	n/d	1,6
16 años	2,2	7,6	1,7	6,1	n/d	3,1
17 años	3,6	17,0	2,7	14,0	n/d	7,2
18 años	7,3	23,6	4,9	18,5	n/d	11,1

Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994 y 2004. Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas

n/d : no disponible

midores se sitúan casi en el máximo (alrededor del 35%) ya a los 17 años, apreciándose a los 18 años sólo un ligero incremento de consumo con respecto a los adolescentes de un año menos (Tabla 4).

En cuanto a las características que conforman el perfil de los consumidores frecuentes de cánnabis, esto es, que consumen los fines de semana y todos o casi todos los días, podemos señalar que, como hemos vistos, son predominantemente varones (26,9% frente al 15,5% de mujeres) y que, a partir de los 17 - 18 años, la edad no marca diferencias relevantes hasta bien pasada la veintena.

Más allá del género y la edad, hay otras variables que parecen influir en el perfil de consumo habitual de cánnabis:

- Entre aquellos que estudian módulos de formación profesional y aquellos que han dejado los estudios apreciamos una mayor proporción de consumidores que frente a otros estudiantes.

- Entre los jóvenes que declaran malas relaciones con los padres se dan más casos de consumo frecuente (46,6%) que entre los que dicen tenerlas muy buenas (11,6%). Sin embargo, las relaciones con los amigos, contrariamente a lo que hemos visto en el uso del alcohol y el tabaco, no suponen grandes diferencias para los consumidores. En relación con esta variable, el consumo de cánnabis supondría el punto de inflexión que marca ese cambio de dirección en la presión grupal que antes se señalaba.

COCAÍNA

La cocaína ha sido últimamente centro de atención de estudiosos, técnicos y profesionales, así como de medios de comunicación, debido fundamentalmente al gran incremento

de su consumo que numerosas encuestas y estudios señalan en los últimos años en nuestro país (en términos genéricos, entre los adolescentes, las prevalencias se han multiplicado por cuatro) (Tabla 5).

En 2004, un 9%, es decir, casi 1 de cada 10 estudiantes españoles de entre 14 y 18 años refieren haberla probado alguna vez en su vida. Por su parte, un 7,2% dice haberla consumido en los últimos 12 meses y un 3,8% en los últimos 30 días. Estos porcentajes suponen un notable incremento sobre los registrados diez años atrás, que eran respectivamente de 2,5% para el consumo experimental y 1,8% en los últimos 12 meses. Nótese la no disponibilidad de datos para el consumo en los últimos 30 días en aquella época.

Las diferencias según el género, luego lo veremos, son más marcadas que en otras sustancias. La edad marca también diferencias muy significativas, siendo a los 17 años cuando se aprecia el más claro aumento de las prevalencias de uso (Tabla 5).

En los que consumen más frecuentemente cocaína, encontramos los siguientes rasgos:

- Son más hombres que mujeres, en una proporción de más de 3 a 1 (el 3,6% de ellos y sólo el 1% de ellas).

- Destacan porcentualmente dos grupos de edad: el de 17-18 años y el de 21-22 con 4,9% y 3,1%, respectivamente.

- Se encuentra un consumo muy superior entre aquellos jóvenes que refieren malas o muy malas relaciones con los amigos que entre los que dicen tenerlas buenas.

- En lo que respecta a las relaciones familiares la situación es similar a la descrita con los amigos peor más marcada aún. Entre los que dicen tener malas relaciones con los padres casi un 12% es consumidor frecuente de cocaína y

entre los que las califican como muy malas el porcentaje llega al 20%.

- Los consumos son más abundantes en el colectivo de los que dejaron de estudiar (4 veces más que los si lo hacen)
- Más moderada es, en esta sustancia, la relación entre la percepción propia sobre el aburrimiento y el porcentaje de consumidores frecuentes de cocaína. Así, entre los que dicen no aburrirse nada encontramos un 1,3% de consumidores habituales de cocaína, mientras que entre los que se aburren bastante o mucho ese porcentaje asciende al 3%.
- Muy significativa es la correlación con el hecho confesado de “aburrirse”. Por mucho que la intencionalidad del consumo, de forma muy mayoritaria, es la diversión, resulta (y ésta es una constante, aunque en esta sustancia se da paradigmáticamente) que quienes más consumen dicen aburrirse más.

OTRAS DROGAS: ÉXTASIS, ANFETAMINAS Y ALUCINÓGENOS

Este grupo de drogas, pese a ser muy distintas entre sí en su naturaleza química, en sus efectos y en su forma de presentación, se engloban frecuentemente por sus patrones y intencionalidades de uso. Son sustancias de finalidades lúdicas, que se sitúan en los tiempos de ocio, y que, presentan prevalencias de uso muy similares entre sí y muy por debajo de las anteriores. Son prevalencias, además, muy sujetas a modas y contextos grupales, que muestran tendencias cambiantes a lo largo de los años.

En las edades más bajas el consumo es muy reducido, no superando el 1% de la población de adolescentes de 15 años. Los porcentajes crecen progresivamente hasta rondar un 8% en consumo ocasional a los 18 años. En lo que respecta al *consumo habitual* (el referido en los últimos 30 días) es realizado por entre el 1,5 y el 1,8% de los jóvenes de 14 a 18 años, según la Encuesta Estatal.

El sexo marca diferencias en el consumo habitual de estas sustancias ya que son también los hombres más consumidores en una proporción de cerca de tres a uno con respecto a las mujeres.

Otros rasgos destacables del perfil de los consumidores frecuentes de éxtasis, anfetaminas, *speed* o alucinógenos, serían:

- Se produce más entre jóvenes que viven solos o con amigos que en los que conviven con sus familiares.
- Entre los que abandonaron los estudios se producen porcentajes de consumo notablemente superiores.
- Es más alta la prevalencia de consumo habitual cuando se tiene mala o muy mala relación con los padres (en este caso llega hasta el 13,3% del colectivo), y también con los amigos.
- La sensación de aburrimiento también se correlaciona con una conducta de consumo frecuente.

HEROÍNA

La heroína, protagonista de una crisis epidémica en nuestro país a finales de los '70 y principios de los '80 del siglo pasado, actualmente mantiene unas muy bajas prevalencias de consumo entre nuestros adolescentes y jóvenes (inferiores en todos los estudios al 0,7% para el consumo experimental y al 0,4 para el consumo habitual).

Este descenso en el uso de heroína (que además, casi en la generalidad de los casos, ha significado una modificación del patrón de consumo, pasando de la vía inyectada a la esnifada o inhalada), ha tenido que ver con la mala imagen de la sustancia, cuyo uso, además, se asoció con la infección del VIH-SIDA, y a los esfuerzos preventivos realizados al respecto. El resultado de todo ello es que, en la población de adolescentes y jóvenes, independientemente de la intensidad con que se consuman otros productos, nadie quiere ser identificado con un *yonki*, que sigue siendo la imagen estereotipada del toxicómano.

Siendo, por tanto, este consumo de carácter residual, no pueden señalarse variables sociodemográficas o actitudinales genéricas que condicionen un perfil del consumidor.

LAS RAZONES DE LOS CONSUMOS

Parece obvio que una extensión de las prevalencias en el grado en que se ha producido no puede ser explicada por razones de carácter individual. No es razonable pensar que son factores de personalidad en los adolescentes, uno a uno considerados, los que condicionan una iniciación tan precoz al uso de drogas. Tampoco parece lógico creer que los meros factores relativos a la oferta son los que facilitan la multiplicación de los consumos; no hay duda de que la conciencia de la accesibilidad a las drogas y la facilidad operativa de la misma han aumentado en los últimos años, pero no parecen por sí solas ser suficientes para explicar el fenómeno de los consumos.

Parecería más bien que, la situación descrita responde a lo que podría entenderse como un fenómeno sociológico. Los estilos de vida, los valores sociales emergentes, la cultura en definitiva, aparecerían como elementos que, al menos teóricamente, podrían explicar con más eficacia una situación que tiene un evidente carácter global y transversal. Las tasas de prevalencia proporcionan al hecho de los consumos ese tono de globalidad y, a pesar de que hemos podido señalar algunas variables sobredimensionadas de los perfiles de los usuarios, no es fácil determinar grupos concretos sino que más bien parece que estamos ante un fenómeno intersticial.

Las últimas investigaciones sobre estilos de vida apuntan a una progresiva importancia del tiempo de ocio en la construcción del proyecto personal de los individuos y, más concretamente de adolescentes y jóvenes. Hace décadas era la situación laboral, la dimensión del trabajo, la que justificaba y daba sentido a la vida de las personas. Cada vez

más, es el ocio el que define y sirve como elemento estructurador de esa vida; tan es así que, para muchos adolescentes, la semana es el espacio que sirve para preparar el fin de semana siguiente (fin de semana que, por otra parte, se amplía progresivamente en sus dimensiones de tiempo y espacio).

Por otro lado, si nos fijamos en los valores dominantes, encontramos una coincidencia fundamental en todos los estudios de los últimos años. Junto con la defensa de la familia, que se convierte en la garantía de lo personal, el horizonte de finalidades de los jóvenes viene marcado por una serie de valores tendentes a la defensa del bienestar personal y del orden necesario para el disfrute del mismo. Los valores presentistas (apurar el goce del momento, extender la fantasía de diversión, romper los límites, buscar estimulaciones nuevas, etc.) ocupan un espacio privilegiado, mientras que la dimensión altruista de esos valores (la tolerancia, la equidad, la solidaridad...) queda reducida al papel de lo deseable pero imposible de practicar. A todo ello se une una clara reivindicación de la moral privada, con rechazo de que desde fuera (desde la religión, desde el orden público o desde los criterios sociales) se dicten las normas y con una clara reivindicación en la justificación de los propios comportamientos.

La conjunción de estilos de vida y valores sociales condiciona la forma de interacción y, en definitiva, construyen cultura. Una cultura juvenil que se vive como una fantasía de bienestar, que se subraya además por el hecho de que el futuro se vive en términos de inseguridad, y de la que los jóvenes no se sienten responsables en la medida en que justifican que es algo que les ha sido dado, que forma parte del mundo en el que viven y que es para lo que han sido educados por sus padres.

No es difícil incluir los consumos de drogas en el panorama anterior. Si hay un comportamiento que sintoniza claramente con esa fantasía de mundo presentista, y que ayuda a la potencial realización de los valores dominantes, es el consumo de sustancias psicoactivas. No es nada extraño que los publicitarios, siempre atentos a la jerarquía de valores sociales (al fin y al cabo de la asociación con esos valores depende la venta de sus productos) hayan utilizado lemas como "El placer no espera. Atrévete", que valdría perfectamente para comercializar cualquier estimulante. No es extraño que los adolescentes, lógicamente interesados en integrarse cuanto antes en la estructura cultural, mimeticen estas formas de acción y se adentren cada vez más precozmente en las relaciones con las drogas.

Es obvio que, como los jóvenes señalan, este panorama cultural condicionante de los consumos, que los convierte en un subproducto indeseado de nuestra estructura social, no ha sido una creación autónoma de los grupos juveniles. Éstos no hacen sino replicar, con sus propias características y condicionantes generacionales, el panorama

dominante que, evidentemente, está siendo mantenido por la sociedad en su conjunto, primariamente por los adultos. No es menos obvio que difícilmente puede cambiar la situación mientras la norma social presione en el sentido que lo hace. Dicho de otra manera, deberemos integrar los consumos, y sus potenciales problemas, como un elemento más, perverso si se quiere pero un elemento más, de nuestra sociedad, o deberemos plantear la modificación de algunos de los factores constituyentes de esa sociedad si queremos frenar los usos de drogas.

Otra cuestión es si los consumos adolescenciales suponen, y hasta qué punto lo hacen, una situación de claro riesgo. En realidad, tal como se ha señalado, gran parte de esos consumos tienen un carácter experimental y, hasta cierto punto, etario. No obstante, podría alegarse que, aunque sólo sea por razones estadísticas, la dimensión de los problemas puede crecer claramente. De hecho, ya hay indicadores que apuntan a ese crecimiento; las urgencias médicas, los trastornos psiquiátricos correlacionados y las demandas específicas de tratamiento se han incrementado de forma significativa.

En cualquier caso, quizás debamos plantearnos que es posible que la principal dimensión en la que pueden presentarse los problemas no se sitúen en el espacio de lo médico-biológico. Nuestra visión, inmersa en el tópic que supuso la epidemia de heroína, tiende a fijar las dificultades derivadas de los usos de drogas en los problemas sanitarios, y a hacerlo de forma excluyente. Y acaso estemos en presencia de una situación en la que los potenciales problemas tengan que ver con otras dimensiones y con otros conflictos. Por ejemplo, cabría preguntarse hasta qué punto un uso extendido y continuado de cánnabis, aunque no termine por significar un problema médico, no va a afectar al proceso socializador o al desarrollo educativo de nuestros adolescentes; o en qué medida la presencia cultural de las drogas no va a problematizar la integración social o la futura integración laboral; o hasta qué punto esos usos de drogas no están correlacionándose, potenciándolos, con otros elementos de distorsión social que preocupan gravemente: la violencia entre iguales, el vandalismo, los problemas derivados de un manejo inadecuado del comportamiento sexual, etc.

Más allá del interés derivado de la prevención de los problemas sanitarios, los consumos de drogas de nuestros adolescentes merecen una reflexión que va mucho más allá del propio fenómeno, que termina por interesarnos a todos en la medida en que pone en cuestión nuestro modelo de relación, en definitiva, nuestro futuro como sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguinaga J, Andréu J, Cachón L, Comas D, López A, Navarrete L. (2005). Informe 2004. Juventud en España. Madrid: INJUVE.

2. Comas D (coord.) et al (2003). Jóvenes y Estilos de vida. Madrid: INJUVE - FAD.
3. Elzo J (dir) et al. (2000). Las culturas de las drogas en los jóvenes: ritos y fiestas. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
4. González P (dir.), Elzo J, González-Anleo J, González-Anleo JM, López JA, Valls M. (2006). Jóvenes españoles 2005. Madrid: Ediciones SM.
5. Megías E, et al. (2000), La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
6. Megías E et al. (2001). Valores sociales y drogas. Madrid. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
7. Megías E et al. La percepción social de los problemas de drogas en España, 2004. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (2004).
8. Megías E, Elzo J. (codirectores) Jóvenes, valores y drogas. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Pendiente de publicación.
9. Observatorio Español sobre Drogas (2005). Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
10. Rodríguez E, Megías I, Sánchez E. (2002). Jóvenes y relaciones grupales. Dinámica relacional para los tiempos de trabajo y de ocio. Madrid: INJUVE - FAD.

Sexualidad y anticoncepción

I. Serrano Fuster

Centro Madrid Salud Joven. Madrid

RESUMEN

Durante la adolescencia y, por extensión durante la juventud, se producen una gran diversidad de manifestaciones sexuales, que requieren la comprensión y el apoyo de los profesionales sanitarios más cercanos.

Existe consistente bibliografía nacional e internacional que reconoce el acceso a la información sexual y a la anticoncepción como uno de los derechos básicos de las personas, en las que obviamente, se incluyen los y las adolescentes.

Dentro de los múltiples factores que influyen en la elección de un método anticonceptivo, y en su correcto uso, es necesario contemplar aquellos vinculados a la actitud y formación de los profesionales sanitarios y a la calidad de los servicios específicos para jóvenes, que deben diseñarse de acuerdo a sus necesidades.

El conocimiento de los comportamientos sexuales de la adolescencia y de la juventud, así como una adecuada formación en el manejo de los anticonceptivos, especialmente del preservativo, de la *píldora del día después* y de la anticoncepción hormonal combinada (*píldora*, anillo y parche) son fundamentales para prevenir el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual.

Palabras Clave: Adolescencia; Sexualidad; Anticoncepción; Prevención; Responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Correspondencia: Isabel Serrano Fuster. Centro Madrid Salud Joven. Ayuntamiento de Madrid. C/ Navas de Tolosa 8, 28013 Madrid
e-mail: iserranof@sego.es
Recibido: Enero 2007

REV ESP PEDIATR 2007;63(1):84-94

During adolescence and, by extension, during youth, there is great diversity of sexual manifestations that required the understanding and support of the closest health care professionals.

There is consistent national and international references that recognize access to sexual information and to contraceptives as one of the basic rights of the persons, in which obviously, adolescents are included.

Within the many factors that influence the choice of contraceptive method, and its correct use, those linked to attitude and education of the health care professionals on the quality of specific services for the youth, that should be designed in accordance with their needs, must be contemplated.

Knowledge of the sexual behavior of adolescence and youth as well as adequate training in the management of contraceptives, especially condom, the day after pill and combined hormone contraception (pill, ring and patch) are fundamental to prevent adolescent pregnancy and sexual transmission infections.

Key Words: Adolescence; Sexuality; Contraceptive; Prevention; Responsibility of health care professionals.

INTRODUCCIÓN

Durante la adolescencia se producen una serie de cambios, tanto a nivel corporal como emocional, que se acompañan de manifestaciones diversas de la sexualidad, con consecuencias no siempre positivas.

Como procesos que son, resulta difícil delimitar claramente periodos como el de la adolescencia y el de la juventud que comparten una gran parte de acontecimientos. Por ello aunque, de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los límites temporales están bien delimitados –adolescencia: de 10 a 19 años–, con frecuencia se usa el término genérico de juventud que incorporando al anterior, se extiende hasta los 24 años.

Es el momento de la consolidación de la identidad y, más tarde, de la orientación sexual, de las primeras vivencias del deseo sexual y, generalmente, de las primeras experiencias y conductas sexuales, primero auto-satisfactorias y luego en relación con otros adolescentes.

Es, por tanto, una etapa muy importante en la que los adolescentes empiezan a diseñar su proyecto de vida independiente, en el que la relación con sus *iguales*, con las personas de las que se sienten atraídos sexualmente, y con el entorno, debe ser cuidada.

Dentro del entorno, resulta decisivo el papel que los profesionales sanitarios más cercanos a ellos, pediatras y personal de enfermería fundamentalmente, pueden desempeñar en el contacto con estos adolescentes. Un buen entendimiento del proceso que viven, una escrupulosa atención a sus demandas, un asesoramiento adecuado y, finalmente, el respeto a sus decisiones, pueden dar más frutos que muchas sofisticadas intervenciones clínicas, afortunadamente poco necesarias en esta etapa de la vida.

En el campo de la sexualidad adolescente y juvenil, y ya no digamos durante la infancia, muchos profesionales sanitarios se resisten a aceptar de manera positiva las manifestaciones sexuales que se producen desde etapas iniciales del desarrollo, unas veces por desconocimiento y otras por motivos ideológicos, reduciendo su intervención a aliviar las consecuencias negativas de determinadas prácticas sexuales.

Consciente o inconscientemente, estas actitudes centradas en poner de manifiesto sólo los peligros, generan miedo y rechazo por parte de los adolescentes que, en gran medida, buscarán otras fuentes de información y asistencia, fuera de los circuitos sanitarios convencionales.

Hoy en día ya no se puede discutir que muchos adolescentes inician relaciones sexuales con penetración a edades tempranas, quizá precisamente porque la sociedad da mucho valor a ese tipo de relaciones, menospreciando otras manifestaciones de la sexualidad no basadas en el coito y, por ende, menos arriesgadas.

Lejos de cualquier pretensión moralista, los profesionales sanitarios deben abordar al adolescente desde el enfoque de sus vivencias y necesidades, aceptando de igual manera a aquellos que han decidido postergar el inicio de relaciones sexuales y a aquellos que ya las mantienen, independientemente del tipo de prácticas que manifiesten.

A pesar de que con frecuencia se invocan la educación sexual y la disponibilidad de servicios y métodos anticonceptivos como favorecedores de la actividad sexual y sus riesgos entre jóvenes, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), han puesto de manifiesto que el acceso a estas medidas incrementa la adopción de prácticas sexuales más seguras entre la juventud sexualmente activa e induce a postergar el inicio de re-

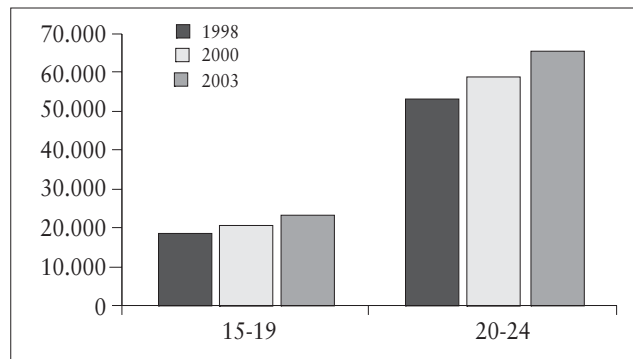


FIGURA 1. Evolución del embarazo juvenil (1998-2003), según grupos de edad.

laciones sexuales con penetración, que conllevan generalmente, los riesgos más importantes para su salud^(1,2).

Además, el acceso a la información sexual y a la anticoncepción ha sido reconocido como un derecho básico de las personas, incluyendo a los y las adolescentes, desde hace más de 30 años y, más específicamente, sin ningún género de dudas, desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de Naciones Unidas de 1994⁽³⁾.

“Se urge a los gobiernos a asegurar que los adolescentes, tanto chicos como chicas, reciban la educación adecuada, incluida la educación para la vida familiar y educación sexual, con la debida consideración a los derechos y obligaciones de los padres y a los valores individuales y culturales cambiantes. Deberá ponerse a disposición de los adolescentes la planificación familiar, la información y los servicios adecuados al marco social y cultural de cada país”

CIPD, 1994

Desde un punto de vista de promoción de salud, tan importante es potenciar los efectos beneficiosos de una sexualidad saludable, como prevenir los riesgos de determinadas prácticas sexuales inadecuadas. Ello justifica, la preocupación que todos los profesionales sanitarios, y especialmente los que más se relacionan con adolescentes y jóvenes, sienten respecto al embarazo no deseado y a las infecciones de transmisión sexual, especialmente el SIDA.

En España, el embarazo adolescente y juvenil, muestra tasas crecientes a expensas, sobre todo en los últimos años, de la población inmigrante juvenil. Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Ministerio de Sanidad confirman la evolución del embarazo juvenil y la proporción que acaba en interrupción voluntaria del embarazo (IVE)^(4,5) (Figs. 1, 2, 3).

Como se puede observar, el embarazo adolescente ocasiona un alto porcentaje de los abortos que se registran anualmente, por lo que sin infravalorar el alto coste humano y sanitario de estos últimos, lo realmente preventivo es tratar

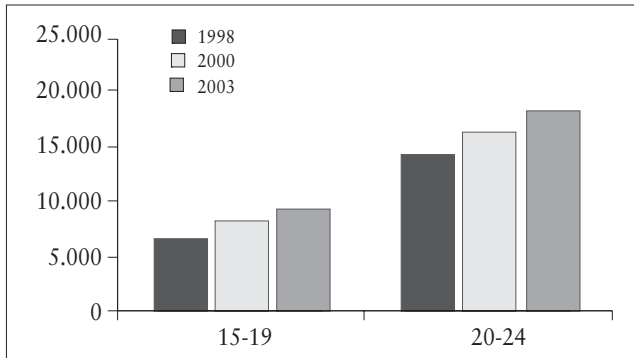


FIGURA 2. Evolución de IVE (1998-2003) entre las jóvenes, según grupo de edad.

de evitar que el embarazo se produzca a edades tan tempranas para lo que resulta imprescindible conocer los elementos más determinantes del comportamiento adolescente y juvenil en lo que a sexualidad y anticoncepción se refiere.

ALGUNAS CLAVES SOBRE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE Y JUVENIL

La bibliografía disponible acerca de las actitudes y comportamientos sexuales durante la adolescencia es cada vez mayor. Una parte de ella, tiene un carácter general, basado en el conocimiento de los cambios bio-fisiológicos y de las características evolutivas que acontecen en esta etapa de la vida y del modo en que la sociedad afronta la sexualidad adolescente y juvenil, y otra, más concreta, hace referencia a las preferencias, tipo de actividad sexual y riesgos asociados a determinadas prácticas no seguras⁽⁶⁻¹⁰⁾.

En los últimos años, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha impulsado algunos estudios cualitativos para determinar los principales determinantes del comportamiento sexual adolescente y juvenil a partir de sus propios discursos. De su revisión destaca los cambios producidos en las generaciones de adolescentes que vivieron a finales de la década de los 80 y principios de los 90, educados en el miedo al VIH-SIDA y en la mayor aceptación del uso del preservativo, respecto a las más recientes formas de expresar la sexualidad, marcadas por una vuelta a la infravaloración de los riesgos posibles⁽¹¹⁾.

En resumen, se podría decir que, en la actualidad, la etapa adolescente se caracteriza por:

- Inicio más precoz de las relaciones sexuales con penetración, especialmente entre las chicas.
- Reafirmación de la función *lúdica-recreativa* de la sexualidad.
- El coito se vive como un valor de identificación entre iguales, sobre todo en los chicos.

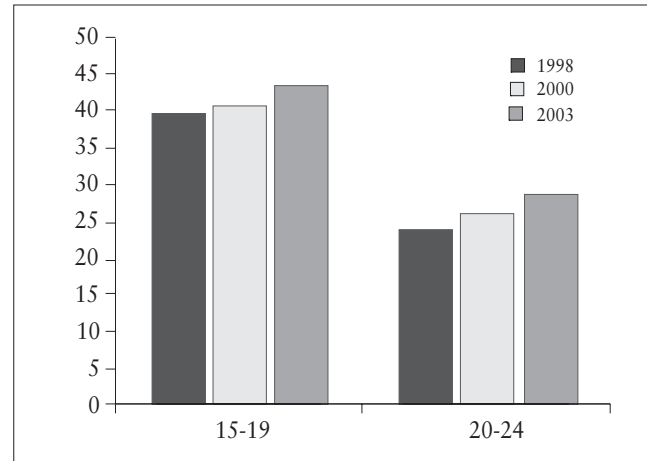


FIGURA 3. Evolución del porcentaje de IVE sobre el total de embarazos juveniles.

- Las relaciones sexuales son vistas como una norma grupal cuyo cumplimiento les afianza y les cohesionan con sus compañeros.
- La sexualidad como *escuela de vida*.
- Disminución de las diferencias comportamentales entre chicos y chicas.
- Gran valoración de la sexualidad genitalizada.
- Mayor aceptación de las prácticas de sexo oral y de penetración vaginal y anal.
- Relajación de las prácticas de *sexo seguro*.
- Práctica desaparición de la educación afectivo-sexual dentro del sistema educativo.

Otros estudios cuantitativos aportan también información relativa a la sexualidad adolescente y juvenil^(12,13). El más reciente de ellos, correspondiente a 2005, ofrece una fotografía bastante clara sobre algunas claves del comportamiento sexual adolescente:

- El 56% de los chicos y el 53% de las chicas menores de 20 años refieren haber mantenido relaciones sexuales con penetración en *alguna ocasión*
- Ese porcentaje asciende a un 87% y a un 75% respectivamente cuando se trata de relaciones sexuales *sin penetración*. Sabido es que prácticas como caricias, *petting* y sexo oral son extensamente aceptadas por la gente joven.
- La edad media de inicio de relaciones sexuales se sitúa, tanto para chicos como para chicas adolescentes en los 17 años, con pequeñas variaciones entre diferentes estudios y zonas de residencia.
- El cambio de pareja sexual es bastante frecuente entre los adolescentes, especialmente entre los chicos. Mientras el 51% de las adolescentes que mantienen relaciones sexuales refieren mantener la misma pareja por más de 6 meses, en el caso de los adolescentes consultados ese porcentaje desciende al 30 por cien.

– Respecto a las principales vías por las que reciben información sobre sexualidad, tanto en chicas como en chicos destacan *los/las amigos/as* y los medios de comunicación, con menor peso de la información recibida en el medio educativo y en las consultas médicas.

Cada vez más, también se hace hincapié en la necesidad de que las administraciones públicas y los profesionales sanitarios muestren actitudes positivas ante la sexualidad adolescente y juvenil y adopten compromisos para atender las necesidades emergentes.

De acuerdo a ello, resulta imprescindible adquirir formación y tener disponibilidad y sensibilidad suficientes para entender los diferentes papeles que socialmente asumen los chicos y las chicas, para promover la afectividad en ambos sexos y para fomentar relaciones de igualdad entre ellos.

ANTICONCEPCIÓN

Mucho se ha escrito, en las últimas décadas, sobre los usos anticonceptivos durante la adolescencia y la juventud y siempre se ha remarcado la aparente contradicción entre la enorme información disponible sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su deficiente uso.

Poco se tiene en consideración las características psicológicas propias de esta etapa de la vida en la que el conocimiento, siendo necesario, no es suficiente para cambiar las actitudes y los comportamientos, requiriéndose para ese cambio elementos educativos sólidos, enmarcados en la imprescindible *educación para la salud*.

Otros elementos de esta etapa a tener en cuenta son:

– Pese a lo que se piensa frecuentemente, la disponibilidad del preservativo, o de otros métodos anticonceptivos, no ejerce una gran influencia en la decisión de mantener o no relaciones sexuales.

– Sienten reparos a plantear el compañero/a las estrategias para prevenir riesgos.

– Si encuentran barreras para la búsqueda de preservativos, u otros métodos anticonceptivos, ésta se abandona para no hacer público el hecho de ser sexualmente activo.

– Conforme avanza su desarrollo evolutivo, existe un aumento de conocimientos y experiencias que les hace planificarse mejor ante los riesgos.

De acuerdo a la mayoría de los estudios existentes, los métodos anticonceptivos más demandados y usados durante la adolescencia son el preservativo masculino y la llamada *píldora del día después* o anticoncepción de emergencia^(11,14,15).

El único método anticonceptivo doblemente eficaz, cuando se usa correctamente, para la prevención del embarazo no deseado y para evitar la transmisión de cualquier ITS, incluido el SIDA, es el preservativo por lo que este método constituye la clave en la práctica de “sexo seguro”, fundamental en la *era del SIDA*.

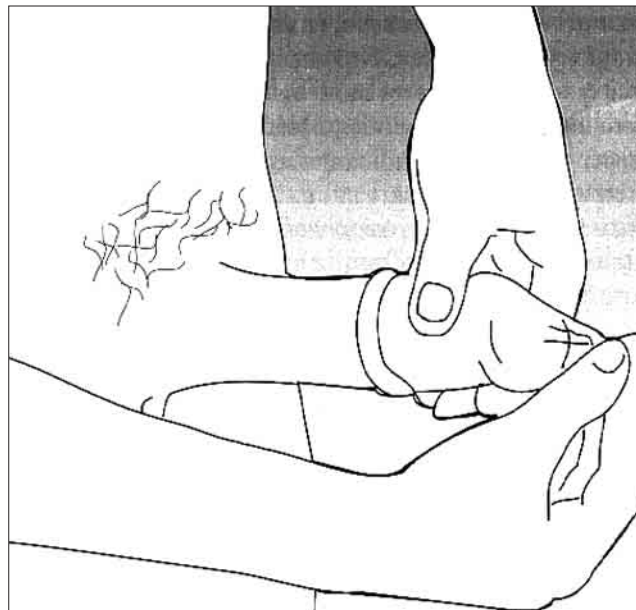


FIGURA 4. Preservativo masculino.

Otras ventajas de este método, además de las ya citadas, son:

- Carencia de efectos secundarios sistémicos
- No requieren control médico
- Relativamente accesible
- Fácil de llevar consigo
- Uso vinculado a la actividad sexual

Entre las desventajas que se le atribuyen se pueden citar:

- Molestias por fricción
- Sensibilidad al látex o a los lubricantes
- Interferencia con la actividad sexual
- Alto coste
- Posibles sentimientos de vergüenza al adquirirlo en farmacias, especialmente en determinadas zonas. (Fig. 4).

Otros métodos de barrera, como el preservativo femenino y el diafragma son poco aceptables durante la adolescencia (Fig. 5, 6).

Pautas anticonceptivas durante la adolescencia

Una encuesta reciente de 2005, ya citada⁽¹²⁾, aporta los siguientes resultados (Tablas 1, 2):

Elementos que influyen en la elección de un método anticonceptivo

La elección de un determinado método anticonceptivo se ha relacionado tradicionalmente con un conjunto de variables, entre las que cabe destacar⁽¹⁶⁾:

Edad: la elección del método anticonceptivo varía en relación con las diferentes ideas que se tienen al respecto según la cohorte de año de nacimiento a la que se pertenezca.

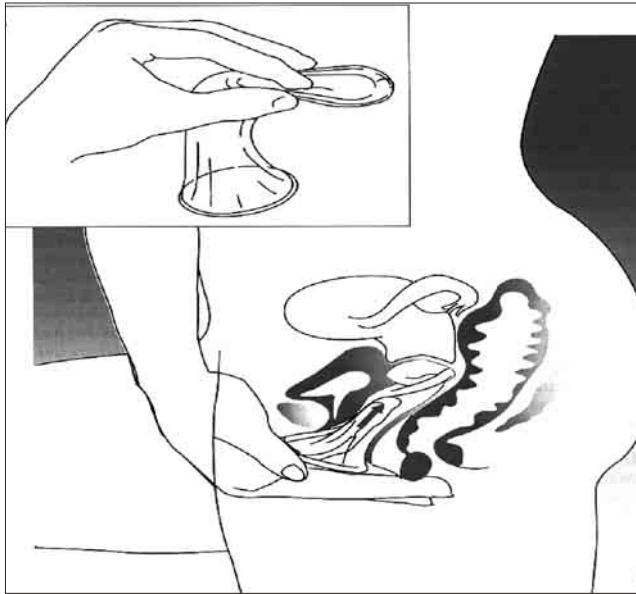


FIGURA 5. Preservativo femenino.

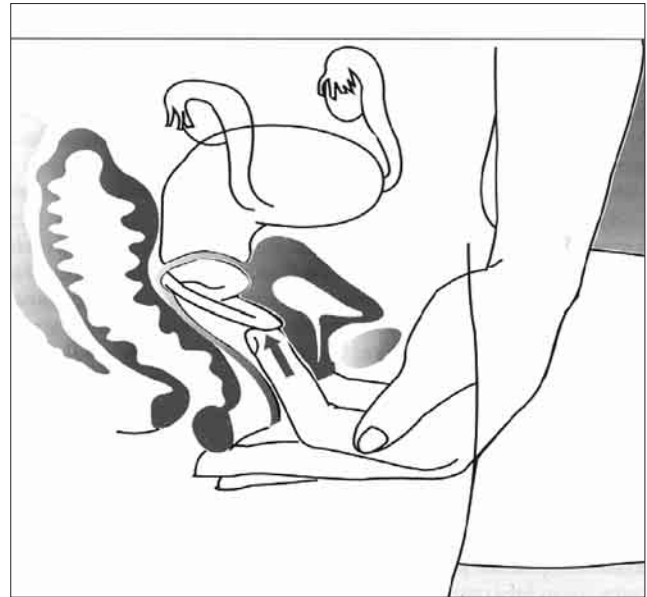


FIGURA 6. Diafragma.

TABLA 1. Uso de métodos anticonceptivos entre la juventud

		15-19	20-24	Total
Chico	Sí	53,7%	86,6%	72,2%
	No	46,3%	13,4%	27,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,00%
Chica	Sí	49,9%	87,4%	71,1%
	No	50,1%	12,6%	28,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Los y las más jóvenes suelen elegir como primer método el preservativo.

Estado civil o forma de relación de pareja: éste es un factor poco influyente en sí mismo. Se relaciona más con la estabilidad de la relación amorosa y con la frecuencia de relaciones sexuales. A otro nivel, la opinión de la pareja acerca del método también ejerce cierta influencia en función, sobre todo, del nivel cultural.

Sexualidad: la edad de inicio de las relaciones sexuales, su frecuencia, el grado de satisfacción sexual, el tipo de relación que se mantiene y el número de parejas sexuales también han sido relacionados con la elección sobre la base de la eficacia esperada, de sus posibles efectos beneficiosos, no sólo anticonceptivos, o de la comodidad en su uso.

Actitudes ante la anticoncepción: aspectos relacionados con cuestiones legales, ideas religiosas de los posibles usuarios o la información recibida a través de los medios de comunicación y de la familia influyen en la elección, creando, en muchas ocasiones, conceptos erróneos.

TABLA 2. Anticonceptivo empleado, según sexo y grupo de edad

		15-19	20-24	Total
Chico	Preservativo	51,4%	76,5%	65,5%
	Píldora	1,3%	7,4%	4,8%
	Otros (anillo, doble método, parche)	0,4%	1,7%	1,0%
	Coito interrumpido	0,6%	1,0%	0,9%
	Ninguno	46,3%	13,4%	27,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Chica	Preservativo	38,1%	52,1%	46,0%
	Píldora	8,0%	26,8%	18,6%
	Doble método	1,3%	4,2%	3,0%
	Otros (anillo, parche, inyectable)	1,5%	2,9%	2,3%
	Coito interrumpido	1,0%	1,4%	1,2%
	Ninguno	50,1%	12,6%	28,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Nivel de estudios: por lo general se asocia un mayor nivel de formación académica con el uso de métodos anticonceptivos más eficaces. Las mujeres con bajo nivel de estudios usan los métodos de baja eficacia con más frecuencia que las mujeres con estudios medios o superiores.

Nivel socioeconómico: este factor influye en la medida en que un **bajo nivel socio-económico** suele ir asociado a otros como son bajo nivel de estudios, paridad más temprana y elevada y deficiente acceso a servicios de salud en general y de planificación familiar en particular.

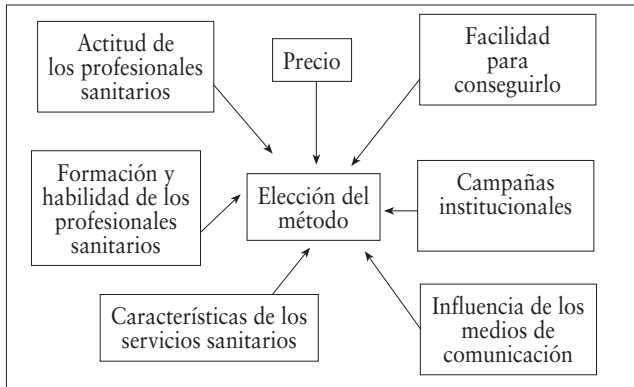


FIGURA 7. Influencia del entorno en la elección de un método anticonceptivo.

Paridad y embarazos deseados: en el caso de los adolescentes y jóvenes, la perspectiva de tener un embarazo está lejana y por ello, incluso la motivación más relevante -postergarlo-, se sitúa más bien en el subconsciente.

Estado de salud propio o de la pareja: aunque en términos generales es otro factor influyente a la hora de elegir un método anticonceptivo, en la juventud es poco relevante. En todo caso, la existencia de determinadas patologías específicas en cualquiera de los dos miembros de la pareja, como son las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, ha marcado, sobre todo en la última década, un determinado patrón anticonceptivo entre las personas afectas o en situación de especial riesgo de padecer estas enfermedades.

Además de estos factores ligados a situaciones individuales, hay otros, ligados a determinados aspectos sociales y sanitarios del entorno (Fig. 7).

Prescripción y seguimiento

A la hora de elegir un determinado método anticonceptivo hay que tener en cuenta su eficacia teórica, en uso ideal, y su eficacia real, es decir, en la práctica cotidiana.

Según la OMS, dentro del primer año de uso se pueden esperar los siguientes fallos (Tabla 3):

Otros criterios a valorar, además de la libre elección informada del o de la adolescente/joven, que es crucial, son:

- Relación beneficios/riesgos
- Beneficios complementarios a los propiamente anticonceptivos
- Requisitos previos
- Cumplimiento y descansos
- Seguimiento y visitas periódicas
- Actuación ante eventualidades
- Atención en situaciones especiales

Obviamente, estos elementos señalados cobran menor relevancia cuando se trata de los métodos más usados du-

TABLA 3.

Método	Fallos (uso real)	Fallos (uso ideal)
Métodos de barrera:		
- Preservativo masculino	15	2
- Diafragma con espermicida	16	6
- Preservativo femenino	21	5
Métodos hormonales más usados		
- Píldora	8	0,3
- Anillo vaginal	8	0,3
- Parche	8	0,3
- Inyectable mensual (*)	3	0,05
- Inyectable trimestral	3	0,3
- Mini-píldora (sólo gestágeno)	8	0,3
- Implante subcutáneo	0,05	0,05
Dispositivos intra-uterinos (DIU):		
- DIU de cobre	0,8	0,6
- DIU de hormonas (gestágeno)	0,1	0,1
Métodos de abstinencia periódica: <i>Ogino, Billings, temperatura basal, método sintotérmico...</i>		
	25	2-9
Coito interrumpido o <i>marcha atrás</i>	27	4

(*) Actualmente no disponibles en España

rante la adolescencia y la juventud –el preservativo y la anticoncepción de emergencia– y más relevancia en el caso de otros métodos usados en menor proporción pero que requieren mayor participación médica como por ejemplo, la anticoncepción hormonal.

Sin contar la ya citada anticoncepción de emergencia, la anticoncepción hormonal más utilizada por la gente joven es la pauta combinada de estrógeno-gestágeno en píldoras, anillo o parche y solo en casos especiales los inyectables y el implante.

Vía oral: píldora (Fig. 8)

- Como existen diversas combinaciones y pautas, lo primero es seleccionar el preparado, teniendo en cuenta que se debe usar la menor dosis hormonal posible.

- Una buena opción es elegir presentaciones de 28 pastillas –sin ningún día de descanso– para evitar olvidos y favorecer el cumplimiento. Es necesario insistir en la toma correcta y diaria, a la misma hora.

- Dentro de las diferentes marcas se debe buscar la que más se adapte a las necesidades de la joven, eligiendo el gestágeno más apropiado cuando se busquen beneficios añadidos para el acné, la hiperpilosidad o la retención hídrica, por poner algunos ejemplos.



FIGURA 8. Píldora.



FIGURA 9. Anillo vaginal.



FIGURA 10. Parche transdérmico.



FIGURA 11. Implante sub-cutáneo.

Anillo vaginal (Fig. 9)

- Sólo existe un producto comercializado. Es de fácil uso, debiéndose insertar en el fondo de la vagina, al inicio de tratamiento, coincidiendo con el 1º o 2º día de menstruación.
- Se lleva 3 semanas completas y la cuarta se descansa. Es necesario hacer el cambio el mismo día de la semana y a la misma hora y conviene aclarar que es absolutamente extraordinario su desplazamiento o pérdida.
- En caso de ser necesario, no hay problemas para usar tratamientos a base de óvulos o cremas vaginales (Fig. 10).
- Como los anteriores métodos, el tratamiento se inicia coincidiendo con el 1º, máximo 2º día del comienzo de la menstruación.
- También se usa durante tres semanas y la cuarta se descansa. En este caso, el cambio de parche hay que realizarlo cada semana, a la misma hora y día.
- Si se despega parcial o totalmente –lo que es infrecuente–, lo primero es tratar de reponerlo y adherirlo a la piel aunque sea con tirita adhesiva, no dejando ningún día libre del tratamiento.

Implante sub-cutáneo (Fig. 11)

- Se debe reservar para casos en que se requiera una anticoncepción a largo plazo (de 3 a 5 años) y se mantengan relaciones sexuales estables. Por su altísima eficacia puede

ser de elección en caso de adolescentes que ya han tenido hijos o abortos.

- Su inserción –y extracción– es sencilla y no dolorosa siempre que se realice por profesionales experimentados.
- Es fundamental informar de los desarreglos menstruales que se producen por la acción mantenida de los gestágenos que ejercen mal control del ciclo. En cualquier caso esas molestias, consistentes en sangrados leves irregulares o amenorrea, pueden ser aceptables con una minuciosa información.

Criterios de elegibilidad

La Organización Mundial de la Salud publica periódicamente documentos en los que se recogen estos criterios^(17,18), el último de los cuales establece cuatro categorías para definir la oportunidad de usar un determinado compuesto en muy diferentes circunstancias:

- *Categoría 1:* ninguna restricción en su uso
- *Categoría 2:* las ventajas superan a los riesgos
- *Categoría 3:* los riesgos, generalmente, superan a los beneficios
- *Categoría 4:* uso contraindicado

En la adolescencia y la juventud es infrecuente presentar patologías que contraindiquen la mayoría de los anticonceptivos hormonales disponibles, pero siempre es indispensable realizar una buena anamnesis para descartar factores de riesgo.

En términos generales se debe revisar:

- El tipo de prácticas sexuales de la joven y de su pareja para determinar la ausencia de riesgos de ITS o, en su caso, para recomendar el uso de doble método (preservativo y anticoncepción hormonal).

- El tiempo transcurrido desde la menarquía y la demanda de anticoncepción hormonal, que debe ser superior a los dos años para garantizar un correcto desarrollo del eje hipófiso-hipotalámico.

- La posible coexistencia de factores de riesgo como tabaquismo, obesidad y consumo excesivo de drogas. Estas consultas constituyen un medio excelente para propiciar el cambio a estilos de vida más saludables.

- La posible existencia de patologías generales subyacentes que podrían contraindicar, o requerir una atención especial, como por ejemplo los casos de trombofilia familiar, hiperlipemias y migrañas con aura.

- Ciertas situaciones como cirugía mayor con inmovilización prolongada o la lactancia materna en las que coyunturalmente la anticoncepción hormonal combinada debe quedar postergada.

- La presencia de síntomas indicativos de ciertas patologías ginecológicas o generales, en las que el uso de anticoncepción hormonal podría aportar beneficios complementarios a los meramente anticonceptivos como es el caso del síndrome de ovarios polimicroquísticos, el síndrome premenstrual, el acné o la anemia consecutiva a hipermenorrea.

Requisitos e información previa a la prescripción

La Sociedad Española de Contracepción (SEC), en dos Conferencias de Consenso^(19,20), establece claramente determinadas claves del manejo clínico de la anticoncepción hormonal (AH). A partir de sus conclusiones, en lo relativo al grupo de mujeres jóvenes interesa resaltar:

- En determinadas circunstancias, se puede prescribir AH sin más requisito que una adecuada anamnesis, posponiendo la exploración analítica y clínica a unos meses posteriores a su inicio.

- Aunque una analítica de sangre, en el marco de un examen de salud, puede ser conveniente tanto al inicio como periódicamente, las determinaciones básicas necesarias para el control de la AH se reducen al análisis de triglicéridos en sangre. Sólo en caso de sospecha, no como rutina, sería necesario realizar un análisis de sangre para determinar la posible presencia de mutaciones genéticas trombotogénicas.

- Se debe hacer hincapié, especialmente en la primera visita, sobre la importancia de cumplir adecuadamente las instrucciones de uso e informar explícitamente que no existen motivos clínicos para realizar descansos periódicos. Esto es muy importante, ya que es durante los periodos de descanso cuando se producen una gran parte de los embarazos inesperados.

- Una correcta información sobre los posibles efectos secundarios minimiza el incumplimiento en el uso de AH. Cefaleas, tensión mamaria, náuseas, leve sangrado por privación y aumento de peso, muchas veces achacado injustamente a la AH, son los síntomas más referidos, sobre todo en los primeros meses.

- También es necesario informar sobre la actuación en caso de eventualidades coincidentes con el uso de anticoncepción hormonal oral del tipo de vómitos y olvidos. Si se produce un vómito en las cuatro horas posteriores a la ingesta de la píldora, es necesario reemplazarla por otra y seguir con la pauta habitual. Si se produce un olvido inferior a las 12 horas, la recomendación es tomarla inmediatamente, pero si el olvido supera las 12 horas es necesario aplicar una medida de protección anticonceptiva complementaria durante los siete días siguientes.

- La mayoría de los medicamentos no interactúan con los AH. No obstante, es necesario informar que determinados tratamientos reducen la eficacia de los AH bien por inducción enzimática, caso de los anticonvulsivantes (excepto el ácido valproico) y la rifampicina, bien por actuación a nivel del circuito entero-hepático, como es el caso de determinados antibióticos.

- Una vez iniciado el uso de AH se recomiendan revisiones periódicas que, en términos generales se pueden realizar cada 1-3 años. Se recomienda, especialmente en las adolescentes y jóvenes, una primera visita de seguimiento a los 3-6 meses de la prescripción, tanto para valorar la aceptación, tolerabilidad y correcto uso, como para realizar, en su caso, la revisión ginecológica, la toma de citología y la analítica que pudieran estar pendientes.

Un caso especial: la anticoncepción de emergencia

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios publicó en septiembre de 2005 un documento informativo sobre la anticoncepción de emergencia que, junto a la enorme bibliografía nacional e internacional disponible, despeja muchas de las dudas y temores que algunos profesionales sienten al enfrentarse a este tipo de demandas.

¿Qué es?

Se trata de un tratamiento hormonal, basado en el gestágeno Levo-Norgestrel; que utilizado inmediatamente después de un coito no protegido previene un posible embarazo no deseado. Se la conoce también, por el momento en que actúa y por su vía de administración, como *anticoncepción postcoital o píldora del día después*.

Por su eficacia, facilidad de uso y escasez de efectos secundarios y contraindicaciones es de gran aceptación entre la población joven, debiendo dejar claro que existen otros métodos anticonceptivos más eficaces, que no debe ser utilizado como anticoncepción de continuidad y que no previene las infecciones de transmisión sexual.

¿Cuál es su eficacia?

Si se toma antes de las 72 horas post-coito puede prevenir, como término medio, el 85 por ciento de los embarazos que se producirían en caso de no usarla. No obstante, está demostrado que su eficacia es mayor cuanto antes se tome. Así, se pueden evitar hasta el 95% de los embarazos esperados si se administra dentro de las 24 horas post-coito; el 85% si se toma entre las 25 y 48 horas y el 58% si se utiliza entre 49 y 72 horas después. Esto es fundamental para entender la importancia que tiene su rápida prescripción, pese a que muchos profesionales e instituciones sanitarias aún tienden a derivar los casos, demorando una intervención fácil y extremadamente eficaz para evitar embarazos adolescentes.

Presentaciones actuales

En España, desde el año 2001, sólo estaban comercializados dos productos *Postinor*[®] y *Norlevo*[®], conteniendo cada uno de ellos 2 pastillas con 750 mcg de *Levo-Norgestrel* por pastilla. Hasta fechas recientes, la pauta era tomarlas con un intervalo de 12 horas entre la primera y la segunda. Más recientemente, de acuerdo a estudios internacionales, esa pauta fue modificada, prescribiéndose con gran frecuencia las dos pastillas juntas en una única toma.

Para normalizar la ingesta en un solo acto, en 2006 se comercializó *Postinor 1.500*[®] primero, y más tarde *Nor-Levo 1.500*[®], ambas conteniendo una única pastilla, constituyendo en la actualidad la pauta de elección.

Esta nueva presentación, más sencilla y razonable, favorece un mejor cumplimiento del tratamiento postcoital, que siempre deberá ser acompañado de medidas encaminadas a incrementar la responsabilidad en su uso, sobre todo en el colectivo juvenil.

Una correcta educación sexual, un mayor acceso a la anticoncepción de continuidad y una distribución gratuita de la anticoncepción de emergencia en los servicios sanitarios adecuados y, más específicamente en los centros jóvenes de atención a la sexualidad, son elementos fundamentales para prevenir el embarazo inesperado y, en consecuencia, el aborto adolescente y juvenil.

ACTUACIÓN Y RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Como se dijo con anterioridad, un entorno favorable debe contemplar tanto una adecuada preparación de los profesionales sanitarios como de los recursos disponibles para los adolescentes y los jóvenes.

A nivel profesional, la clave del entendimiento y de la eficacia en la intervención se basa en la *escucha activa*, especialmente cuando se abordan aspectos tan íntimos como los relacionados con la sexualidad y la anticoncepción.

Para ello, se requiere una formación suficiente y específica tanto en la atención a jóvenes como en las materias que

se tratan: sexualidad, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, abusos y agresiones sexuales, etc.

Tan importante como la formación, es la actitud. La ausencia de prejuicios, el trato respetuoso, incluso cuando no se acepte un determinado comportamiento, la observación del principio de autonomía del paciente, el enfoque de *reducción de daño*, cuando su fuente no pueda hacerse desaparecer, la adecuación de la intervención al grado de madurez del adolescente y la facilitación de la toma de decisiones son elementos fundamentales para la promoción de una sexualidad saludable, especialmente en la gente joven.

Pero, para que el profesional, ya sea pediatra, médico de familia, ginecólogo o enfermero, que atiende a las y los adolescentes pueda sacar el máximo rendimiento a su intervención debe contar con el debido apoyo institucional, capaz de incentivar su trabajo, garantizar su formación y asegurar que su actividad está protegida jurídicamente.

Con frecuencia, muchos profesionales se preguntan si la atención en sexualidad y anticoncepción a los menores de 18 años, está regulada por normativas jurídicas específicas.

Múltiples estudios avalan la pertinencia ética y jurídica de atender a los adolescentes tanto para promover su salud sexual como para prescribirles métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia⁽²¹⁻²³⁾.

En el ámbito nacional, dos normativas jurídicas avalan este tipo de atenciones:

Código Civil (diversas reformas)

– “Los padres que ostentan la patria potestad... tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados. Se exceptúan: los actos relativos a los derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo...”

Ley Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002))

– “El menor de edad no emancipado puede prestar su consentimiento válido en el tratamiento o utilización de fármacos, en relación con su madurez apreciada objetivamente por el médico”.

– Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referidos a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley”.

Mientras que el segundo texto confirma, sin ningún género de dudas, la legitimidad de la atención a adolescentes mayores de 15 años, ya que fija la mayoría de edad médica en los 16 años, una gran parte de juristas y de profesionales sanitarios, se basan en el primer texto para justificar, en términos similares, la atención a menores de 16 años, cuando el caso lo requiera y cuando el profesional aprecie sub-

jetivamente que el adolescente es maduro para entender la situación clínica planteada, derivada de una determinada actividad sexual.

Respecto a los recursos sanitarios, múltiples estudios así como acuerdos internacionales, vinculantes para las instituciones políticas y sanitarias nacionales, ponen de manifiesto los principios básicos que deben guiar la actuación tanto de los profesionales sanitarios como de los recursos que atienden a adolescentes y jóvenes.

“Los jóvenes tienen el derecho a elegir si desean tener una vida sexualmente activa o no, a la información, a la anticoncepción, al aborto seguro y a la protección frente a las enfermedades, a la confidencialidad y a poder confiar en quienes deber prestarles ayuda”

Comprender a los adolescentes. IPPF 1994

“Es muy importante disponer de centros de atención a la sexualidad juvenil que provean una gran gama de servicios, incluidos los más recientes avances en anticoncepción, que se creen con los propios jóvenes porque son los que conocen a fondo sus necesidades, deseos y sentimientos”.

Estos servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de la juventud deben ser además confidenciales, accesibles y libres de juicios morales sobre sus comportamientos”

Manifiesto Juvenil. IPPF 1998

Tradicionalmente, se admite que los circuitos de atención primaria de salud no son los más adecuados para tratar las necesidades que la juventud tiene respecto a su sexualidad. Ni el espacio físico, ni la organización de los servicios, ni la preparación de los profesionales, ni el tiempo disponible de consulta, ni el sistema de cita previa, ni el temor a coincidir con familiares, ni la ausencia de anonimato favorecen el acercamiento de estos adolescentes si lo que necesitan es atención sexual o anticonceptiva.

Basándonos en lo anterior, los recursos necesarios para jóvenes, deben:

- Ser de titularidad pública para garantizar el acceso a ellos del conjunto de adolescentes y jóvenes
- Ser equitativos y tener en cuenta las desigualdades de partida
- Abordar las necesidades de la juventud de una manera integral, incorporando elementos educativos y asistenciales
- Tener un carácter referencial para el conjunto del sistema sanitario y educativo
- Contar con la participación activa de los y las jóvenes en su diseño
- Disponer de espacios y horarios adecuados
- Garantizar la confidencialidad de la atención
- Ser atendidos por profesionales debidamente formados

Como guía para lograr intervenciones más eficaces desde el campo de la salud en lo que a la atención a la sexualidad adolescente y juvenil se refiere, pueden servir algunas recomendaciones definidas con motivo de las Jornadas Técnicas sobre Programas y Servicios de Atención a la Sexualidad de la Juventud celebradas en 2002.

- Creación de servicios específicos accesibles adaptados a las necesidades de la adolescencia y juventud que atiendan de forma integral su salud sexual

- Necesidad de formación y sensibilización para los profesionales del ámbito sanitario que atienden las demandas de la sexualidad de la adolescencia y juventud

- Revisión de los protocolos de actuación para que integren la dimensión sexual en las diferentes etapas de la vida y se adapten a las características de la adolescencia y juventud, teniendo en cuenta la diversidad

- Desarrollo en los servicios de salud de programas educativos que atiendan al desarrollo de las capacidades de las personas jóvenes potenciando su autonomía y responsabilidad, evitando el asistencialismo

- Atender la demanda de terapia sexual desde la sanidad pública y garantizar que ésta se integre en los servicios de atención a la sexualidad que se creen

- Llevar a cabo investigaciones que permitan conocer la realidad para adecuar las intervenciones a las necesidades de la juventud

BIBLIOGRAFÍA

1. Pilot approaches in adolescent reproductive health. EUR/00/5017719. Organización Mundial de la Salud. 2000.
2. Comprender a los adolescentes. Un informe de la IPPF sobre las necesidades de la gente joven en materia de salud sexual y reproductiva. Federación Internacional de Planificación Familiar. 1994.
3. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre población y Desarrollo (CIPD). Naciones Unidas. El Cairo, 1994.
4. Movimiento natural de la población. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en <http://www.ine.es/inebase/index.html>.
5. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004.
6. Andreu López Blasco y otros. Informe Juventud en España 2004.
7. Ignacio Megias Quirós y otros. Jóvenes y sexo: el estereotipo que obliga y el rito que identifica. FAD. 2005.
8. Mariano Hernán, María Ramos y Alberto Fernández. Salud y Juventud. Consejo de la Juventud de España y Escuela Andaluza de Salud Pública. Colección Cejota-E, 2002.
9. Revista de Estudios de Juventud nº 63. Dic 2003 Monográfico “Juventud y Sexualidad”. INJUVE.
10. Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Barcelona. Estudio del comportamiento de jóvenes estudiantes en Barcelona. Diálogos Nº 46. Federación de Planificación Fa-

- miliar de España. 2001. Publicación completa: Secretaría General de la Juventud de la Generalitat de Cataluña.
11. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
 12. 2ª Encuesta Schering de sexualidad y anticoncepción en la juventud española 2006. Disponible en <http://www.equipo-daphne.es>.
 13. Serrano I et al. Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. *Prog Obstet Ginecol.* 2005; 48 (6): 283-8.
 14. IMAP statement on contraception for adolescents/young people in the era of HIV and AIDS. IPPF, 2006. Disponible en: <http://www.ippf.com> [Resources-Medical-IMAP-Statements]
 15. Serrano I. Uso de métodos anticonceptivos por los jóvenes: una fotografía de la realidad española”. en “Evolución de la anticoncepción en España: sociedad, salud y medios de comunicación. Aula Médica Ediciones, 2006.
 16. Finger WR. La elección del método implica muchos factores. Network en español. *Family Health International*, enero 1995: 16-31.
 17. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos 2ª edición. OMS 2005. Disponible en: <http://www.who.int/topics/es> [anticoncepción-publicaciones]
 18. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. OMS 2005. Disponible en: <http://www.who.int/topics/es> [anticoncepción-publicaciones]
 19. Conferencia de Consenso “Prescripción y manejo de la anticoncepción hormonal oral” 1997. Disponible en: <http://www.sec.es>
 20. Conferencia de Consenso “Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales” 2005. Disponible en: <http://www.sec.es>
 21. Documento sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Observatori de bioètica i dret. Barcelona 2002. Disponible en: <http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret> [El parc-documentació-publicacions]
 22. Amarilla Gundín M. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Chiesi España 2006.
 23. Lete I et al. Actuación práctica ante el coito de riesgo. Chiesi España 2004.

Infecciones de transmisión sexual

A. Andrés Domingo

Centro Municipal de Salud del Ayuntamiento de Madrid

RESUMEN

Con este nombre se han agrupado más de 20 entidades patógenas diferentes que sólo tienen en común el hecho de poder transmitirse durante las relaciones sexuales. No todas se transmiten exclusivamente por vía sexual, algunas de ellas también se difunden por contacto con sangre, vía parenteral, y otras a través de fomites, objetos contaminados. Son causadas por virus, bacterias, protozoos y parásitos.

Sin embargo son contraídas por personas de cualquier edad, raza, y medio social. El factor de riesgo más común a todas ellas y en todo el mundo es ser mujer, lo que pone de manifiesto la indefensión de muchas jóvenes para protegerse del contagio. En este artículo se visibilizarán los factores de género que son clave en la propagación y en la prevención.

Este artículo resalta la importancia que las infecciones de transmisión sexual tienen sobre la salud de la población joven a nivel mundial, debido a su alta incidencia y prevalencia, ya que constituyen la segunda causa de morbilidad en las mujeres en edad fértil, y en muchos países empobrecidos son en su conjunto una pandemia que afecta a más del 40% de su población.

Cuando las ITS doblegan las defensas del huésped tienen repercusiones devastadoras sobre la salud, fundamentalmente en las poblaciones más vulnerables, adolescentes, mujeres y niñas y niños y en especial en los países más pobres. Son la causa directa de muerte más importante en población joven afectada por VIH y no tratada, como sucede en países de África subsahariana, India y Asia. Y, así

mismo causan muerte de manera indirecta en mujeres a través de enfermedad inflamatoria pélvica, abortos sépticos, complicaciones del embarazo, parto y puerperio. A más largo plazo son la causa directa del cáncer de cuello uterino, que no tratado produce muerte.

Es imprescindible diagnosticar las ITS con prontitud, para tratar a las personas que las padecen adecuadamente para erradicar su propagación y evitar complicaciones y secuelas.

La prevención es la herramienta fundamental para evitar la propagación y la metodología por excelencia es la educación sexual. Proveer a las y los jóvenes de conocimientos para vivir su sexualidad con goce y disfrute y sin riesgos para la salud es un objetivo digno que ennoblece cualquier programa de salud para adolescentes.

Palabras Clave: ITS; Prevención; Educación Sexual; Condicionantes de género.

ABSTRACT

More than 20 different diseases are known as STD, they have all in common that they are transmitted during the sexual intercourse. They are caused by viruses, bacteria, protozoa and parasites. This article reviews the most relevant ones for its frequency and intensity of the damage caused.

This article treats about the importance that the sexually transmitted diseases have on the health of the world's population. Especially its incidence, prevalence and consequence on the health of the most vulnerable people: adolescents, women, girls and boys that have suffered a sexual assault, especially in poor countries.

Sexually transmitted diseases may be contracted by people of any age, race and social standing.

STD must be diagnosed and treated early in order to avoid its propagation.

The sexual education is the fundamental tool of the prevention of STD. The young people must be provided with

Correspondencia: Almudena Andrés Domingo. Centro Municipal de Salud del Ayuntamiento de Madrid
e-mail: andresdma@munimadrid.es

Recibido: Enero 2007

REV ESP PEDIATR 2007;63(1):95-101

the knowledge to live their sexuality with enjoyment and without risk for their health. This is a worthy objective that ennobles any adolescent health program.

Key Words: STD; Prevention; Sexually education; Gender Conditions.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen una epidemia en la mayor parte de los países del mundo. Las y los adolescentes y jóvenes constituyen la población más vulnerable para padecer y transmitir las ITS. Las ITS ocupan a nivel mundial, el segundo lugar por orden de importancia en la morbilidad general de las mujeres entre 15 y 44 años.

Según los estudios poblacionales de la OMS, el 25% de las y los jóvenes sexualmente activos a nivel mundial está afectado por alguna infección de transmisión sexual. Estas cifras indican que las ITS conforman un problema médico y de salud pública de gran magnitud. Y su incidencia aumenta fundamentalmente en mujeres y jóvenes. Se estima que la mitad de los nuevos casos ocurren en personas entre 15 y 24 años.

IMPORTANCIA DE LAS ITS

Cuando las enfermedades de transmisión sexual no se tratan pronto y adecuadamente tienen secuelas graves para la salud de las personas que las padecen, de su descendencia, los hijos e hijas de madres infectadas, y para la población en general porque pueden alterar las tasas de fertilidad y natalidad en pequeñas poblaciones.

Hoy sabemos con certeza que el cáncer de cérvix uterino es causado por el virus del papiloma humano (HPV), otra infección de transmisión sexual que generalmente cursa asintomática para las mujeres y que sólo es detectable mediante citología, colposcopia y biopsia del cuello uterino. Técnicas diagnósticas bien implantadas en los países desarrollados, pero inexistentes para poblaciones que aún luchan por su supervivencia diaria. Es el primer tumor maligno de causa infecciosa bien conocido. En Europa se ha demostrado que en más del 70% de las mujeres que han desarrollado carcinoma de cervix se halla presente alguna cepa del virus del papiloma humano. En algunos estudios la evidencia alcanza al 95% de los carcinomas.

Constituyen la causa más frecuente de esterilidad que puede prevenirse en hombres y mujeres.

Sabemos que entre el 20-40% de los hombres infectados por Chlamydia y/o gonorrea que no han recibido tratamiento adecuado, desarrollan infertilidad.

Entre las ITS, especialmente la gonorrea y la Clamidia puede causar enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) en las mujeres infectadas, produciendo daños irreversibles en las trompas de Falopio. Entre el 55 y el 85% de las EIP no tra-

tadas producen esterilidad, o dan lugar a embarazos ectópicos que en países poco desarrollados y con precarios sistemas de salud, son causa frecuente de hemorragia seguida de muerte. En países con sistemas sanitarios más desarrollados se diagnostican los embarazos ectópicos más tempranamente lo que evita las hemorragias por rotura uterina, pero en el menor de los casos produce secuelas de por vida como dolores pélvicos crónicos y coitalgia.

En las mujeres embarazadas, las infecciones de transmisión sexual afectan seriamente a la salud de la madre y del lactante. Contribuyen al nacimiento de niños / as prematuros y con bajo peso al nacer, lactantes con ceguera y neumonía y al nacimiento de fetos muertos. La sífilis y la infección por herpes genital pueden causar abortos espontáneos, muerte prenatal o perinatal. La gonorrea y la infección por Clamydias pueden extenderse a los ojos del recién nacido y dañarles la vista si no se les trata. Pueden contraer infecciones graves como neumonía por Clamidia y afectación del sistema nervioso central, como en el caso de la sífilis.

La infección por virus VIH sigue creciendo alarmantemente; en algunos países del África subsahariana se la considera ya una epidemia. Actualmente la causa del contagio más importante son las relaciones sexuales sin protección, en especial la penetración anal y vaginal. La existencia de otras ITS facilita el contagio ya que la coexistencia de lesiones genitales aumenta la susceptibilidad a la infección.

VULNERABILIDAD DE LOS JÓVENES ANTE LAS ITS

Clásicamente se han identificado a ciertos grupos poblacionales como grupos de riesgo para adquirir una ITS y, potencialmente, propagarla. Son aquellos en los que se observa mediante estudios científicos una elevada prevalencia. Estos grupos se refieren a personas, hombres y mujeres que ejercen la prostitución, a personas con adicción a drogas por vía parenteral en quienes se ha encontrado una alta prevalencia de infección por VIH y VHB, que pueden a su vez difundir a través de relaciones sexuales.

También se considera grupo de riesgo a la población adolescente. No es el hecho biológico de ser adolescente lo que provoca una prevalencia mayor para las ITS sino los condicionantes vitales, educacionales, culturales, sociales, psicológicos y sexuales que envuelven a los y las adolescentes y que estructuran sus prácticas sexuales.

Se puede afirmar que las y los adolescentes son más vulnerables frente a las ITS porque saben muy poco sobre ellas, les falta información y la que tienen está sesgada por los prejuicios.

Mantienen la creencia de que sólo se contaminan si tienen sexo con determinado estereotipo de persona. Las adolescentes sólo se protegerían o no tendrían relaciones sexuales con “desconocido, adicto a todo tipo de drogas, con múltiples parejas”. No pueden ni imaginar que un conoci-

do o amigo con quien se relacionan desde años pueda ser portador de alguna ITS por lo que si surge alguna relación sexual, no consideran necesario utilizar protección. Es más les parece una prueba de desconfianza, que puede ser mal interpretada si reclaman el uso de preservativo. Los muchachos a su vez, también funcionan con estereotipos, y siguen creyendo que las buenas chicas sólo practican sexo cuando están muy enamorado y se lo reclaman sus amantes, por supuesto las buenas chicas no tienen ITS y por eso ni llevan ni exigen el uso de preservativo. Temen a las chicas que demandan sexo, que presumen, como ellos, de relaciones sexuales libres, y con ellas sí utilizan condones por miedo a las ITS.

En general utilizan condones irregularmente ya que muchas de sus relaciones coitales son espontáneas e inmediatas y no han incorporado el cuidado de su salud como responsabilidad propia, porque entre otros factores, de ello no se habla en casa ni en las escuelas.

Las encuestas nos confirman que inician relaciones coitales cada vez más precozmente y tienen mayor riesgo de exposición porque cambian frecuentemente de pareja sexual. En algunas poblaciones comienzan las relaciones sexuales con adultos desconocidos y se constata una frecuencia creciente de abusos sexuales y violaciones hacia mujeres jóvenes, adolescentes y niñas y niños.

A todo ello hay que añadir que tienen más dificultad que los adultos en buscar y encontrar un tratamiento eficaz, en acudir al médico, que es el mismo que el de su familia a la que no quieren contarle los hechos, por lo que suelen utilizar tratamientos sin control médico, los que recomiendan los amigos.

Otra dificultad más a la que deben enfrentarse es decirselo a la pareja y afrontar los hechos que envuelven el contexto y sus consecuencias. El diagnóstico de una ITS siempre es el comienzo de una crisis, al menos para las jóvenes, que es la población con la que más trabajo. Desvela de forma brusca lo no hablado, lo no pactado y desata miedos en torno a la salud propia en el momento actual y en el futuro. Rompe de un plumazo con creencias infantiles acerca de la pareja y les pone frente a la realidad como un espejo sin trampas. Muchas veces viven el diagnóstico con culpa, "se lo habían avisado muchas veces", otras con rabia "me engaña", otras negándolo "seguro que hay otras formas de infectarse", otras con una gran decepción, como si el que tuvieran una infección rompiera todos sus sueños y expectativas y, las más de las veces sintiéndose responsables de poderlo transmitir y con miedo a las repercusiones futuras.

DISCRIMINACIÓN DE GÉNERO E ITS

Si, además de jóvenes son mujeres, tienen condicionantes de género que facilitan la exposición y dificultan la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo.

Los condicionantes de género son las características, actitudes y valores condicionados socialmente, que sitúan a las mujeres y chicas jóvenes adolescentes en situación de desigualdad e inferioridad, con respecto a los varones de su misma edad para tomar decisiones por sí mismas en relación a sus relaciones sexuales. Estos condicionantes de género son universales para todas las sociedades patriarcales pero se expresan más clara y contundentemente en las sociedades patriarcales empobrecidas, poco desarrolladas y en situaciones de guerras o conflictos armados.

Como es el hecho de que muchas mujeres no pueden decidir cuándo y cómo quieren tener relaciones sexuales con sus parejas pues son ellos los que tienen la autoridad y el poder de decisión, son ellos los que deciden si utilizan o no preservativos.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas al estudiar la evolución de la pandemia del Sida y en aras a su prevención ha investigado los factores involucrados en la transmisión sexual entre hombres y mujeres y han concluido: que las actitudes y los comportamientos de los hombres tienen importancia crítica para las acciones de prevención. Los hombres tienen un poder abrumador en las decisiones sobre cuestiones sexuales, no sólo en cuándo quieren tener relaciones sexuales y con quien, sino también si quieren utilizar o no condones, independientemente de si están o no casados.

En muchas sociedades, se espera que las mujeres sepan muy poco de estas "cuestiones" y las que plantean el uso de condones corren el riesgo de ser acusadas de infidelidad o promiscuidad.

La violencia contra las mujeres y las adolescentes, y el temor a esa violencia, menoscaba más aún la posición de negociación de la mujer.

En otras sociedades donde se imparte coeducación a niños y niñas y con leyes formales de igualdad de derechos, también se confirma un aumento de mujeres infectadas. Esto es debido a su falta de autonomía para decidir por sí mismas el uso del condón como protección. No tiene que ver con sus estudios, ni con su capacidad adquisitiva, sino más bien con la autovaloración que de sí mismas tienen, del concepto de autocuidado y del concepto de amor incorporado y aprendido, donde de forma casi universal las mujeres y sobre todo las jóvenes y adolescentes incorporan en las premisas del amor romántico que sitúa desigualmente a hombres y a mujeres en relaciones de poder, donde el hombre domina y la mujer obedece. Amar para las mujeres significa entrega absoluta, disposición total de su propio tiempo, capacidades e incluso de su cuerpo para satisfacer las necesidades del ser amado a quien considera dueño de sus sentimientos y emociones. Espera reciprocidad, pero amar para los hombres no incorpora esta entrega por encima de sus propias necesidades.

A ello se suman otros condicionantes biológicos que hacen que las jóvenes sean más vulnerables a padecer ITS, a

tratarse menos y a que las complicaciones y consecuencias sean más graves.

Porque el cervix uterino es altamente sensible en edades precoces a la infección por Chlamydia, virus del condiloma y gonococo, como se ha demostrado en estudios de prevalencia de HPV.

Porque muchas ETS son frecuentemente asintomáticas, aproximadamente el 70% en mujeres frente al 10% en los varones. O bien cursan con síntomas clínicos muy sutiles y los signos clínicos se detectan con menos facilidad por las mujeres que las padecen porque muchos de ellos no son visibles como ocurre con el HPV en cérvix, o las úlceras intravaginales o la cervicitis de la gonococia, a diferencia de los varones que tienen secreciones uretrales, condilomas y úlceras visibles en sus genitales...

Porque el contagio de las ITS y sobre todo del SIDA se produce más fácilmente del hombre hacia la mujer que al contrario porque en el coito el área de superficie de exposición es mayor para la mujer y está expuesta a los agentes patógenos durante más tiempo.

Esta ausencia de síntomas, o las manifestaciones de síntomas más sutiles, la mayor vulnerabilidad biológica para el contagio, la mayor pobreza y la menor autonomía para administrar sus recursos y tomar decisiones, que las mujeres tienen con respecto a los hombres en sus mismas condiciones son los condicionantes por los que las complicaciones a largo plazo son más frecuentes para mujeres que para hombres ya que afecta de forma grave a su salud sexual y reproductiva, coitalgia, dispareunia, infertilidad, abortos de repetición... Por lo que las secuelas a largo plazo son más graves para la salud de las mujeres afectadas, ya que sufren enfermedad inflamatorias pélvicas que cursa con dolores crónicos y en fase aguda pueden producir sepsis, embarazos ectópicos, hemorragias y muertes maternas y fetales. Producen cáncer de cuello uterino que a nivel mundial es el segundo tumor maligno más frecuente en las mujeres, después del CA. de mama. Se diagnostican 450.000 casos nuevos al año con una tasa de mortalidad del 50%, y afecta a mujeres jóvenes entre 30 y 60 años.

JÓVENES CON ALTO RIESGO DE PADECER ITS

No debemos hablar de grupos poblacionales de riesgo, sino de prácticas o conductas de riesgo, que son las que podemos modificar para disminuir la incidencia de las ETS en toda la población.

Podemos considerar factores de alto riesgo de exposición a las ITS una o más de las siguientes categorías:

- Comienzo temprano de relaciones coitales (antes de los 14 años).
- Más de 6 parejas sexuales en el último año.
- Nueva pareja o más de una en los últimos 3 meses con la que mantiene relaciones coitales.

- Relaciones coitales con múltiples parejas sexuales. O pareja que tenga relaciones coitales con varias personas.

- Historia previa de ETS.

- Síntomas actuales de ETS.

- Contacto sexual con personas que padecen o han padecido alguna ETS.

- Relaciones sexuales, coito vaginal, anal, sexo oral sin protección.

- Usuarios/as de drogas por vía parenteral y sus parejas sexuales.

- Mujeres y hombres prostituidos y usuarios de prostitución.

ETIOLOGÍA

Se denominan enfermedades de transmisión sexual al conjunto de patologías causadas por diferentes agentes infecciosos y parasitarios, en las que el mecanismo de transmisión sexual tiene gran importancia epidemiológica, aunque no siempre es exclusivo de esta vía, como es el caso del VIH o la hepatitis B.

Son causadas por bacterias, virus, protozoos y parásitos. En la actualidad se conocen más de 25 agentes patógenos que originan alrededor de 50 cuadros clínicos, con posibilidad de combinación, tanto de gérmenes causales, como de sintomatología, por lo que el diagnóstico es cada vez más complicado y precisa de la colaboración entre distintas especialidades (Tabla 1).

EPIDEMIOLOGÍA

Es muy complicado obtener datos fiables sobre la incidencia y prevalencia de estas enfermedades, dado que hay patologías que no son de declaración obligatoria en todos los países y, por otra parte, se registran enfermedades pero no infecciones asintomáticas, como sucede en España, donde existe registro de SIDA pero no de personas infectadas por VIH.

No hay poblaciones de riesgo sino actos de riesgo que practican más algunas poblaciones más vulnerables, sobre las que se pueden aplicar estrategias de prevención específicas, como son los y las jóvenes y adolescentes a quienes hay que proteger mediante políticas de educación para la salud y afectivo sexual.

Se calcula que la incidencia mundial de ITS es de 340 millones de casos nuevos al año de las llamadas curables, cuando se suman las incurables (incluido el VIH), el número triplica. Esto supone que el 10% de los adultos en edad reproductiva y 1 de cada 20 adolescentes en el mundo contrae al año alguna enfermedad de transmisión sexual. Sólo en EE.UU. se diagnostican alrededor de 12 millones de casos y al menos las dos terceras partes, aproximadamente 8 millones se presentan en jóvenes menores de 25 años.

Se estima que en el mundo, cada año, 5,2 millones de personas contraen el virus VIH, y más de la mitad de ellos

TABLA 1. Patógenos transmitidos por vía sexual

Bacterias
<i>Neisseria gonorrhoea</i>
<i>Treponema pallidum</i>
<i>Chlamydia trachomatis</i>
<i>Haemophilus ducreyi</i>
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>
<i>Ureaplasma urealyticum</i>
<i>Mycoplasma hominis</i>
<i>Gardenerella vaginalis</i>
<i>Salmonella</i>
<i>Shigella</i>
<i>Campylobacter</i>
<i>Streptococcus</i>
<i>Mobiluncus</i>
Virus
VIH. Inmunodeficiencia humana
VHS. Herpes genital
VPH: papiloma virus humano
Hepatitis A, B, C, D.
Citomegalovirus Epstein-Barr
<i>Molluscum contagiosum</i>
Entéricos
Linfotrófico-T
Protozoos
<i>Trichomona vaginalis</i>
<i>Entamoeba histolytica</i>
<i>Giardia lamblia</i>
Hongos
<i>Candida albicans</i>
<i>Candida glabrata</i>
Ectoparásitos
<i>Phthirus pubis</i>
<i>Sarcoptes scabiei</i>

son jóvenes menores de 24 años. (Dra. Gro Harlem Brundtland, directora ejecutiva de la OMS).

A finales del año 2002 según ONUSIDA existen 42 millones de personas que viven infectadas por el VIH, 4 millones corresponden a niños y niñas menores de 15 años de los que más del 90% eran recién nacidos de madres seropositivas cuando se contagiaron. El SIDA ha producido ya la muerte de unos 20 millones de personas.

Actualmente el contacto sexual es la vía más común de transmisión del VIH a nivel mundial y también en España donde ha disminuido la transmisión a través de hemoderivados y entre los usuarios de drogas por vía parenteral.

A nivel mundial se constata que las mujeres jóvenes son el grupo poblacional más vulnerable para ser infectado por el VIH a través de las relaciones heterosexuales.

La evolución de la epidemia de SIDA en España puede considerarse favorable en los últimos años ya que ha disminuido el número de casos de SIDA y de fallecimientos, pero la magnitud de la epidemia no se reduce porque se siguen produciendo infecciones cada día y ha aumentado la supervivencia de las personas infectadas, por lo que se estima que en España viven entre 120-150.000 personas con infección HIV, es decir, 3 de cada 1.000 habitantes.

Analizando las vías de contagio y su evolución en los casos declarados en España, puede concluirse que los casos atribuidos a la transmisión heterosexual han aumentado progresivamente desde el 8% en 1990 hasta el 27% en el año 2002. Se constata una creciente incidencia entre las mujeres que llega ya al 46%. Disminuye el contagio entre usuarios de drogas por vía parenteral y se mantiene la vía homosexual-bisexual en 17%. La incidencia de SIDA por transmisión madre-hijo se ha estabilizado en España entorno a los 10 casos anuales.

Con respecto a otras infecciones podemos decir que a nivel mundial se han superado los 170 millones de tricomonas, 100 millones de *Chlamydia*s, 60 millones de gonococias, 30 millones del virus del papiloma humano, 200 millones de herpes genital y 3,5 millones de sífilis.

La seroprevalencia de infección por herpes genital en los países occidentales se sitúa alrededor del 20 % de la población general, alcanzando 50 millones de afectados en EE.UU.

La prevalencia e incidencia de la sífilis varía según las zonas. En Europa occidental es de 10 por 100.000 personas, mientras que en Europa oriental afecta a 100 de cada 100.000 personas. En África, Sudamérica y Asia aumenta a 1.000 por cada 100.000 habitantes. En España, en cuanto a sífilis en 1986 había 3.500 casos declarados y en el año 2.000 se contabilizaban 760. Sin embargo está aumentando su detección, se cree que debido al proceso migratorio emergente en la última década.

Por lo que se refiere a la gonococia en 1986 había 30.000 casos y han bajado a 1.500. Es decir, hay una clara disminución de las enfermedades causadas por bacterias que responden bien a la antibiótico terapia eficaz, pero están aumentando de forma importante las de causa vírica como la infección por papiloma virus que no responden a tratamiento farmacológico, a pesar incluso del supuesto cambio de conducta sexual que introdujo el conocimiento del SIDA. De todas las ITS es la más prevalente entre jóvenes de ambos sexos y la que más alarma social provoca cuando se diagnostica, ya que en las mujeres es agente causal del cáncer de cérvix.

En el mundo se estima que hay 270 millones de mujeres portadoras de ADN del HPV y, de ellas, 27 millones tienen

condilomas acuminados. En España se calcula que entre un 3 a 6% de mujeres son portadoras de ADN del HPV ósea entre 700.000 y 1.400.000, lo que significa que unas 450.000 tendrían condilomas acuminados.

La incidencia máxima de aparición de las lesiones es entre 20 y 24 años, siendo la adolescencia la población de mas alto riesgo. A partir de los 35 años se produce un aclaración del virus quedando únicamente de un 5-10% de portadoras. Vuelve a aumentar la proporción a partir de los 50 años por la inmunodeficiencia que acompaña al aumento de años.

Es un virus DNA del que hay más de 90 subtipos identificados. Los subtipos 6 y 11 casi siempre producen condilomas acuminados y son virus de bajo riesgo que prácticamente nunca van a producir cáncer. Sin embargo los subtipos 16 y 18 son los que tienen más riesgo de cáncer. El tipo 16 se encuentra positivo en el 50% de los casos de cervix, pero no todas las mujeres positivas para este subtipo desarrollan cáncer, en la mayoría de los casos el virus desaparece por la acción del sistema inmunitario. El riesgo comienza cuando la infección persiste y esto ocurre entre el 10 al 20% de las infecciones. Los subtipos 31, 33,35 se consideran de riesgo intermedio.

El periodo de incubación medio es de 3 meses con un rango de 3 semanas a 9 meses, lo que unido a que cursa como infección asintomática lo convierte en un problema epidemiológico de primera magnitud, ya que el VPH tiene avidez por los epitelios escamosos infectando mucosas genitales y todo el tracto genital inferior, cuello uterino, vagina, vulva, labios mayores y menores, clítoris, meato urinario, periné, perianal, ano, uretra, canal anal, glande, prepucio, cuerpo del pene, escroto, ingles. Infecta todas aquellas áreas que sufren microtraumatismos durante las relaciones sexuales, lo que hace muy difícil impedir su propagación.

PREVENCIÓN

La OMS desarrolla la estrategia de que prevenir es la mejor manera de hacer frente a las necesidades de los y las jóvenes. Ambos necesitan apoyo y ayuda de los adultos en lo que se refiere a información y educación sexual, para disfrutar, protegiendo su salud y evitar conductas de alto riesgo en sus relaciones sexuales.

Dar información a los y las jóvenes no es promover la promiscuidad sino fortalecer el respeto mutuo y las responsabilidades compartidas.

Si bien la educación sexual es tarea que corresponde a la sociedad en su conjunto, a los padres, madres, maestros / as y educadores / as, también lo es de los y las sanitarias que desarrollan programas para adolescentes. Se puede informar sin culpabilizar, educando en el cuidado de la salud propia y la de las personas con quienes nos relacionamos sexualmente.

Las ITS más graves por sus repercusiones sobre la salud son causadas por virus, VIH y VPH, que producen SIDA y cáncer de cuello uterino, respectivamente. No existe tratamiento farmacológico que elimine el agente causal del organismo infectado por lo que la única herramienta eficaz para prevenir su propagación es asumir prácticas saludables, evitar conductas de riesgo y protegerse con métodos adecuados mientras se mantienen relaciones sexuales. El método preventivo por excelencia que protege de las ITS es el preservativo masculino.

Cuando se detecta un comportamiento de riesgo para las ITS en cualquier adolescente, es el momento de actuar evaluando el riesgo real que tiene de padecer una enfermedad y de transmitirla.

Es importante ante los comportamientos de riesgo, incluso en ausencia de síntomas, investigar y diagnosticar precozmente las que pudiera tener, mediante pruebas de cribado.

Es imprescindible para evitar secuelas y para cortar la cadena de contagio lo mas precozmente posible tratar correctamente las ITS, de esta manera detenemos el daño a largo plazo que puede sobrevenir sobre su salud en todas las áreas y, especialmente, en la sexual y reproductiva. Es el momento de aconsejar conductas sexuales que preserven su salud y la de sus compañeros / as sexuales y de facilitar un estudio de contactos rápido y asequible.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La entrevista clínica permite conocer con detalle la historia sexual actual y la pasada del adolescente para detectar el nivel de riesgo y planificar una información comprensible y unas propuestas de prevención personalizadas con las que se sienta el y la adolescente motivado y capacitado para efectuar el cambio de actitudes que le permitan disminuir el riesgo.

Las estrategias de prevención recomendadas incluyen además de evitar las conductas sexuales de alto riesgo, el incorporar prácticas sexuales protegidas o practicar sexo seguro (relaciones sexuales sin penetración, utilización del preservativo). Es preciso informar sobre el gran beneficio protector del uso del condón en la prevención de todas las ITS, especialmente en la transmisión del SIDA, así como de la menor eficacia del diafragma y de los espermicidas. Es el momento de dialogar sobre el uso correcto del preservativo y de escuchar las resistencias o dificultades en su utilización, tanto por parte de las mujeres como de los varones, para aportar elementos, razones, que les ayuden a cambiar de actitud. Cuando manifiestan desconfianza ante la protección del embarazo por las posibles roturas se debe valorar utilizar dos métodos simultáneamente.

En caso de síntomas de infección o de contacto sexual con compañero/a diagnosticado de alguna ITS, es muy importante realizar el diagnóstico etiológico precoz, para lo

cual es imprescindible una correcta y minuciosa anamnesis sobre sus prácticas sexuales y los síntomas referidos, una exploración física con observación de genitales externos e internos, región perianal y perineal, orofaringe si lo recomienda la anamnesis.

Se realizarán los tests rápidos de laboratorio y la toma de muestras para pruebas complementarias, como cultivos y serología para instaurar el tratamiento adecuado lo antes posible. Estas pruebas se pueden realizar como cribado en ausencia de sintomatología cuando se tiene constancia de que se realizan conductas sexuales de riesgo.

La prueba de cribado por excelencia es la citología cervicovaginal que es capaz de detectar en las mujeres las se-cuelas producidas por la infección por el virus del papiloma humano, aunque no produzca sintomatología genital externa. Es la prueba diagnóstica que ha conseguido reducir la incidencia del carcinoma de cérvix en los países desarrollados donde su universalización ha sido un éxito, ya que alcanza más de un 90% en la detección de lesiones preinvasivas susceptibles de ser curadas.

En la actualidad se dispone en el mercado, aunque aún no se ha protocolizado su uso, de varios tests que detectan diferentes subtipos de los virus HPV. En particular los de alto potencial carcinogénico. Mediante captura de híbridos y en menos de 2 horas se obtiene un test rápido que detecta ADN de los tipos oncogénicos del HPV. Otro de los test desarrollado es una tira de flujo lateral que detecta la proteína E6 en los tipos oncogénicos del VPH. Esta oncoproteína sólo se expresa cuando hay actividad oncogénica y transformación maligna de las células. Puede identificar cáncer de cerviz en mujeres con resultados negativos en otras pruebas.

Está en discusión por los diferentes sistemas sanitarios la incorporación de estas nuevas herramientas diagnósticas de forma masiva y protocolizada.

El tratamiento debe ser etiológico y según la pauta recomendada por los expertos, asegurándonos que el o la adolescente cumple el tratamiento correctamente y no se automedica ni él mismo ni sus contactos sexuales. Es la forma correcta de evitar resistencia para las ITS causadas por gérmenes sensibles a los antibióticos.

La actuación médica se completará con el estudio y tratamiento de la pareja o los contactos sexuales. Hay que facilitarle que asuma la responsabilidad de avisar a sus contactos o pareja para bloquear la cadena de transmisión epidemiológica, mediante el diagnóstico y el tratamiento preciso.

El tratamiento farmacológico de las ITS "curables" ha sufrido pocos cambios en los últimos años y mantienen unas pautas o protocolos estandarizados y universalizados, con iniciativas procedentes del CDC (*Centres for disease Con-*

trol and Prevention) de Atlanta y validadas por las diferentes sociedades científicas a nivel continental y nacional, como La Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica o la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Sin embargo, cabe destacar el avance en el desarrollo de las nuevas vacunas contra el HPV, aún no disponibles en España, pero ya comercializadas en los países del entorno.

Se trata de una vacuna cuatrivalente contra los serotipos 6 y 11 implicados en las verrugas genitales y 16 y 18 implicados en el Ca. de cuello uterino. Todavía queda por aclarar la duración de la protección, la prevención de la infección y de la enfermedad causada por otros tipos de VPH y los beneficios globales de una vacunación universal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thoraya Ahmed Obaid. La promesa de igualdad. Estado de la población mundial. 2005. Fondo de población de las Naciones Unidas.
2. Crisis Mundial, Acción Mundial. Declaración de compromiso en la lucha mundial contra el VIH/SIDA. Asamblea general de Naciones Unidas de agosto de 2001.
3. F.P.F.E. Prevención de la transmisión del VIH-SIDA: grupos específicos, necesidades concretas. Federación de Planificación Familiar de España. Madrid. Octubre 2003.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002; 51 (No, RR-6). Está disponible en la red para consultas www.cdc.gov/mmwr.
5. Bouza E, Hellín T, Rodríguez A, Ribera E. Enfermedades de transmisión sexual. En Protocolos clínicos de S.E.I.M.C. (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología-Clínica). Está disponible en la red www.seimc.org/protocolos/clinicos/proto8.htm
6. Carreras R, Checa MA, Fusté P, Basil C, Villanueva R, Payá A, et al. Enfermedades de transmisión sexual. Folia Clínica en Obstetricia y Ginecología. Noviembre 2001; 30: 4-73.
7. García JF, Pérez E, Perpiña J. Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: generalidades y prevención. En: Buil C, Lete I, Ros R. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción. Zaragoza. 2001. p. 539-79.
8. Ferrer J, Bajo J, De Miguel JR, Vázquez F, Vidart JA, Xercavins, J. Enfermedades de transmisión sexual. En Documentos de Consenso. SEGO 1996. p. 47-110.
9. Jaime P, Montero J, Montero MJ, Waisman V. Cuadernos : Salud y derechos sexuales y reproductivos. Nº 1. Las mujeres en los países en desarrollo. Federación de Planificación Familiar de España. Madrid. Febrero 2000.
10. Perpiña J, García JF, Perez E. Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia. En: Buil C, Lete I, Ros R. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción. Zaragoza 2001. p. 581-621.

Adolescencia y situaciones especiales: inmigración y riesgo social

M.C. Brugera Moreno, M.T. Benítez Robredo

Centro Madrid Salud de Chamberí y Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Ayuntamiento de Madrid

RESUMEN

En España, a fecha de 1 de enero del 2005, hay registrados en el padrón de habitantes, 723.735 extranjeros menores de 19 años, lo que supone aproximadamente un 17% del total de extranjeros; en su mayoría proceden de la República Dominicana, Ecuador, China y Marruecos.

El fenómeno migratorio es relativamente reciente en nuestro país, son todavía pocos los hijos de padres inmigrantes que, habiendo nacido aquí, han llegado a la adolescencia. Por tanto, el colectivo de adolescentes inmigrantes en España está fundamentalmente constituido por un lado, por los que llegan a España "solos", antes de la mayoría de edad (MNA) y, por otro lado, por hijos de inmigrantes que llegan a través de procesos de reagrupación familiar, los denominados inmigrantes de 1 y 1/2 generación.

A pesar de que los chicos y chicas de cada grupo presentan algunas características comunes entre sí, sería un error creer que se trata de grupos homogéneos.

El fenómeno migratorio en esta etapa evolutiva del individuo supone un importante riesgo psicosocial. En este trabajo se intentan analizar distintos aspectos de la adolescencia en la población inmigrante y su influencia en la salud.

Palabras Clave: Adolescencia; Inmigración; Salud; Riesgo psicosocial; Menores no acompañados.

ABSTRACT

In Spain, on January 1, 2005, 723,734 foreigners under 19 years of age were registered in the census. This accounts for approximately 17% of all the foreigners, most of them

from the Dominican Republic, Ecuador, China and Morocco.

The migratory phenomenon is relevantly recent in our country. There number of children of immigrant parents born here is still low. Most have arrived in their adolescence. Thus the immigrant adolescent group in Spain is basically made up, on the one hand, by those who have come to Spain "alone" before they are of legal age and, on the other hand, by immigrant children who come through the processes of family regrouping, the so-called immigrants of one and a half generation.

Even though the boys and girls of each group have some common characteristics between them, it would be a mistake to believe that they are homogeneous groups.

The migratory phenomenon in this evolutive stage of the individual is an important psychosocial risk. In this work, an attempt is made to analyze the different aspects of adolescence in the immigrant population and their influence on health

Key Words: Adolescence; Immigration; Health; Psychosocial risk; Unaccompanied under aged subjects.

INTRODUCCIÓN

Dado que el fenómeno migratorio es relativamente reciente en España, son todavía pocos los hijos de padres inmigrantes que, habiendo nacido aquí, han llegado a la adolescencia. Por ello, el colectivo de adolescentes inmigrantes está fundamentalmente constituido, por un lado, por adolescentes que llegan a España antes de la mayoría de edad, con el fin de ser acogidos por las instituciones de nuestro país y recibir una serie de beneficios sociales y, por otro lado, por hijos de inmigrantes que vinieron a trabajar aquí y, pasado un tiempo, cuando ya han conseguido establecerse, traen a los hijos que dejaron en su país a través de procesos de reagrupación familiar.

Correspondencia: M. Concepción Brugera Moreno. Centro Madrid Salud de Chamberí. Madrid
e-mail: brugerammc@munimadrid.es
Recibido: Enero 2007

REV ESP PEDIATR 2007;63(1):102-111

Se configuran así tres grupos bien diferenciados que presentan problemas muy diferentes: los adolescentes de segunda generación, los menores no acompañados y los adolescentes reagrupados.

A pesar de que los chicos y chicas de cada grupo presentan algunas características comunes entre sí, sería un error creer que se trata de grupos homogéneos, pues el colectivo inmigrante es heterogéneo en sí mismo y engloba una gran variedad de realidades culturales en función, tanto de su procedencia geográfica: continente, país, región, etc., como de su religión, raza, nivel cultural, medio rural o urbano, concepto de salud, etc.

En algunos casos, detrás del proceso migratorio está, no sólo la precariedad económica, sino también el intentar huir de conflictos armados, campos de refugiados, etc.

Es evidente por tanto que el fenómeno migratorio en esta etapa evolutiva del individuo supone un importante riesgo psicosocial. En este trabajo se intentan analizar muchos de los aspectos mencionados y su influencia en la salud de estos jóvenes.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En el año 2005, la población inmigrante representa el 8,46% del total de habitantes del Estado español. En algunas comunidades, como las de Madrid y Baleares, este porcentaje es aún mayor, con un 13% y 16% de población extranjera, respectivamente.

En cifras absolutas, las comunidades de Madrid y Cataluña concentran el mayor número de extranjeros con cerca de 700.000 residentes⁽¹⁾. De hecho el 50% de la población extranjera se encuentra en las provincias de Madrid, Barcelona, Alicante y Valencia, mientras que en estos mismos territorios reside sólo el 35% de la población total del país. Si consideramos además de estas, las siguientes siete provincias con mayor volumen de extranjeros: Málaga, Murcia, Baleares, Tenerife, Las Palmas, Girona y Almería, nos encontramos con el 75% de los extranjeros y el 50% de la población total del país. Se comprende, por tanto, que la distribución no es homogénea, sino que los inmigrantes están especialmente concentrados en algunas zonas del país, concretamente en Madrid, los dos archipiélagos y la costa mediterránea, desde Gerona a Málaga.

En los últimos años se viene produciendo un incremento anual de la población inmigrante del 12 al 18%. De este modo, en diez años, España ha pasado de ser una sociedad muy homogénea con porcentajes de extranjeros inferiores al 2%, a contar con población de muy diversos países.

En la figura 1, se pueden ver las diferencias en las pirámides de población de españoles y extranjeros⁽²⁾.

En la tabla 1, se puede ver la población extranjera según grupo de edad y país de procedencia y se puede comprobar que la población joven proviene de países de baja

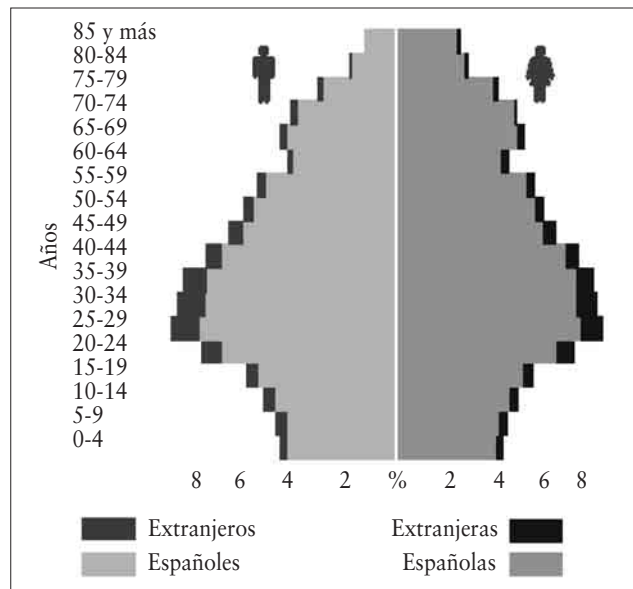


FIGURA 1. Población española, enero 2004.

renta. República Dominicana, Ecuador, China y Marruecos son los países que presentan mayores tasas de niños y adolescentes (0 - 19 años), cercanas al 25% del total de personas provenientes de otros países. Aunque, en números absolutos, la población infantojuvenil de origen chino no es demasiado numerosa, parece que utilizan menos los servicios sanitarios que otros colectivos.

En España, hay registrados en el padrón de habitantes a fecha de 1 de enero del 2005, 516.500 extranjeros menores de 15 años, lo que supone un 14% del total de extranjeros.

En la población española hay un joven de menos de 20 años por cada persona de 60 o más años, mientras que en la subpoblación de “extranjeros del norte” habría un joven por cada dos mayores y en la subpoblación de “extranjeros del sur”, la relación es de 6 jóvenes por cada persona mayor.

En el curso escolar 2000-01 el alumnado extranjero representaba el 1,9% del total, mientras que en 2003-04 alcanzaba ya el 5,7%⁽⁸⁾. Esta última cifra era claramente superada en Madrid y Baleares (10%), así como por La Rioja, Navarra, Murcia, la Comunidad Valenciana y Cataluña (entre 7,5% y 8%). En cambio, en Extremadura y Galicia no llegaba al 2% de la matrícula total. La mitad de este alumnado (50,5%) es hijo de padres procedentes de países de América Latina (por tanto, de países castellanohablantes), el 25% de alguna nación europea y el 19% de África.

¿Qué proporción de esta “población” es emigrante (ha nacido en otro país y ha venido a España con su familia) y cuántos han nacido aquí (por tanto, son hijos de extranjeros pero no emigrantes)? No es posible responder con exactitud a la cuestión, aunque sí afirmar que por el momento la mayoría proceden de la inmigración.

TABLA

Nacionalidad	Total	Sexo		Grupo de edad				
		Mujeres	Hombres	0-19	20-29	30-39	40-49	50 y +
Total	3.691.547	46,6	53,4	19,1	25,7	26,3	14,5	14,3
Marruecos	505.373	33,3	66,7	24,4	29,6	27,5	12,7	5,8
Ecuador	491.797	51,4	48,6	25,1	30,3	26,7	12,7	5,1
Rumanía	314.349	45,4	54,6	18,0	36,9	27,9	12,4	4,7
Colombia	268.931	56,6	43,4	20,9	25,1	29,5	16,6	7,8
Reino Unido	224.841	49,4	50,6	13,4	6,0	13,3	14,7	52,6
Argentina	151.878	49,3	50,7	21,2	24,9	24,6	13,6	15,6
Alemania	131.887	49,5	50,5	9,9	8,5	15,6	15,7	50,3
Bolivia	96.844	55,6	44,4	17,7	36,6	28,6	12,8	4,3
Italia	94.464	40,6	59,4	15,0	21,7	26,9	15,8	20,6
Bulgaria	91.339	44,1	55,9	17,6	27,5	27,4	18,3	9,2
China	86.681	44,9	55,1	24,8	24,8	28,1	16,3	6,1
Perú	84.427	53,8	46,2	14,4	24,8	30,8	17,7	12,4
Francia	76.949	50,9	49,1	14,8	17,5	25,1	15,1	27,6
Portugal	65.611	42,6	57,4	15,4	21,0	24,9	20,7	18,1
Ucrania	65.096	49,8	50,2	13,6	23,1	29,8	24,1	9,5
R. Dominicana	56.421	62,4	37,6	26,7	24,1	26,6	14,0	8,6

Fuente: elaboración colectivo IOE en base a INE, Padrón de habitantes a 1-1-2005.

De estos alumnos, una parte han nacido en su país y han venido posteriormente a España con su familia y, otra parte ha nacido en nuestro país, pero de padres extranjeros. En estos momentos es muy difícil conocer cuántos pertenecen a cada una de estas categorías. En la tabla 2, se puede ver la población extranjera de 0 a 19 años.

Otra peculiaridad es que el alumnado extranjero, estudia preferentemente en centros públicos 80% mientras que entre los alumnos españoles sólo lo hace el 66% de los casos.

Existe poca información sobre la enseñanza no obligatoria, se comprueba que las tasas de escolarización son mucho menores en extranjeros. Al comienzo de los estudios universitarios (19 años), la tasa de escolarización de los españoles, duplica a la de los extranjeros⁽³⁾.

Como se comentaba al principio de este artículo, en función del tipo de procesos migratorios que han experimentado los adolescentes, se pueden distinguir diferentes situaciones.

Adolescentes de “segunda generación”

Se caracterizan por tratarse de jóvenes que han nacido en el país de acogida, al que emigraron sus padres. Han crecido, estudiado y pasado toda su infancia en este país, pero vivido en el seno de una familia con unas costumbres, religión, idioma, etc., en muchos casos diferentes. Esto produce en muchos casos, unos adolescentes que no pertenecen ni al

país occidental, cristiano y desarrollado donde han nacido, ni al país en vías de desarrollo o empobrecido de donde proceden sus padres.

Esta situación está generando importantes problemas, especialmente con los de religión musulmana, en diversos países de Europa, donde la inmigración es un fenómeno más antiguo y donde el porcentaje de adolescentes de estas características es mucho mayor. En España, tenemos la fortuna de que el fenómeno de la inmigración es todavía reciente y aún estamos a tiempo de aprender de los aciertos y de los errores cometidos por otros y, asegurar así, una integración adecuada de estos jóvenes.

Menores extranjeros no acompañados

El Consejo de la Unión Europea define a los Menores Extranjeros No Acompañados (MNA) como aquellos: “Niños y adolescentes menores de 18 años nacionales de terceros países que se encuentran en el país receptor sin la protección de un familiar o adulto responsable que habitualmente se hace cargo de su cuidado ya sea legalmente o con arreglo a los usos y costumbres.”

El Seminario realizado por la Red de Observatorios Nacionales de Infancia organizado por el Instituto Inocenti de Florencia (Italia) en diciembre de 2003 estimaba en 29.130 menores de 18 años en el año 2002 que se habían detectado en los países participantes (Tabla 3).

TABLA 2. Población extranjera menor de 18 años según continente de procedencia⁽⁴⁾

País	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	Total
Europa	125.217	67.045	55.865	55.338	303.465
África	10.608	27.770	26.886	40.599	105.863
América	29.788	86.499	88.919	85.585	290.791
Asia	2.300	4.648	6.962	9.706	23.616
Total	167.913	185.962	178.632	191.228	723.735

Fuente: Revisión de Padrón Municipal a 01.01.05. INE.

TABLA 3. Menores no acompañados en países de la Unión Europea en 2002

País	Número	País	Número
Austria	2.547	Holanda	3.232
Bélgica	2.660	Irlanda	900
Dinamarca	137	Italia	7.040
España	6.329	Luxemburgo	11
Finlandia	74	Reino Unido	6.200

Los datos con los que contamos en la actualidad en España proceden del Ministerio del Interior, según los remitidos por las Comunidades Autónomas, a través de las Subdelegaciones y Delegaciones de Gobierno. No ha existido una unificación de criterios en la recogida y explotación de estos datos, situación que se está modificando después de los acuerdos adoptados en el Observatorio de la Infancia, por lo que, en próximos años, podremos contar con datos estadísticos más coordinados y fiables sobre este tema.

En los últimos años asistimos a un incremento de los menores de edad que sin ser acompañados de su familia y de forma ilegal acceden a nuestro país (Fig. 2).

La procedencia es fundamentalmente de Marruecos proporción respecto del total de menores que se ha incrementado del 45% en el año 1998 al 75% en 2002.

El número de menores extranjeros no acompañados procedentes de Iberoamérica se eleva a 126, lo que no es significativo ya que representa un 1,99% del total y se ha observado un descenso respecto al año 2001 en el que el número de menores de edad sin representación legal en España ascendía a 197.

Respecto al perfil de los MNA podemos distinguir:

- *Menores inmigrantes con vínculos familiares* y proyecto migratorio claro. Son, prácticamente, enviados por sus familiares para labrarse un porvenir en países más desarrollados.

- *Menores inmigrantes sin vínculos familiares* positivos, ni proyecto migratorio claro.

Son chicos que ya tenían problemas de adaptación en su país, incluso en algunos casos se trataría de “niños de la calle”, que en España se van a encontrar en situación de grave riesgo de exclusión social y de caer en la delincuencia.

Junto con este último grupo, pero con características algo diferentes, estarían los menores con graves problemas personales, antecedentes delictivos, comportamientos violentos, problemas de salud mental, etc.

Adolescentes reagrupados

Durante el proceso migratorio es muy frecuente, especialmente entre las personas procedentes de Latinoamérica y de Europa del Este, que sea uno de los progenitores, el padre o la madre, el que inicie el proceso migratorio y posteriormente, vaya uniéndose el resto de la familia.

En algunos casos, han emigrado el padre y la madre y dejado a los hijos en el país de origen, al cargo de familiares: abuelos o tíos y han transcurrido varios años, hasta que han acudido a vivir con los padres en el país de acogida. Durante estos años la distancia producida puede ser muy grande, de modo que al llegar aquí se encuentran completamente desorientados, no sólo por las diferencias de idioma o cultura, sino también por el distanciamiento producido con sus padres. Esto ocurre con más frecuencia cuando se trata de madres que emigraron solas y que han creado aquí otra familia con otra pareja.

En el estudio elaborado por el centro INTER de Investigación en Educación Intercultural: “Racismo, Adolescencia e Inmigración”⁽⁵⁾ queda muy claramente reflejada esta situación: “No conocí a mis papás... Los veía como personas lejanas”. “No sabía quienes eran mis papás...ya no los recordaba”.

La escuela es un lugar de aprendizaje de la lengua y facilita la socialización de los recién llegados, que en los primeros momentos encuentran dificultades para encontrar amigos.

La mayoría de esos adolescentes de “generación uno y medio” provienen de América Latina y es entre estos jóvenes entre los que se da el fenómeno de las bandas (Latin Kings, Latin Queens, Ñetas...).

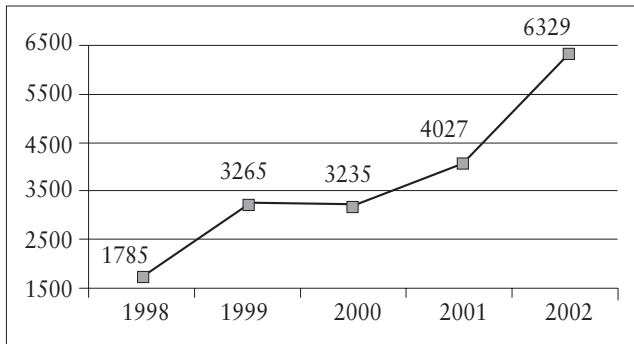


FIGURA 2. Menores extranjeros no acompañados en España.

En las bandas encuentran protección: “por estar más protegidos, por hacerte más el chulo, ser algo más y eso “. Y resulta muy difícil, e incluso arriesgado, salir de las bandas, una vez que se pertenece a alguna. Se comunican y acceden a la información sobre las bandas, a través de Internet.

Es muy importante comentar que, en el mencionado trabajo, todos los adolescentes entrevistados refieren experiencias racistas en sus entornos cotidianos que, la mayoría, han sufrido como víctimas.

LA ADOLESCENCIA Y EL PROCESO MIGRATORIO

Si consideramos como un elemento fundamental en la adolescencia (paso del “mundo infantil”, dependiente; al “mundo adulto”, autónomo e independiente) el proceso de construcción de la propia identidad personal y social, los adolescentes inmigrantes, como los demás adolescentes, se encuentran inmersos en un proceso de cambio, sometido a múltiples instancias socializadoras: familia, escuela, grupos de amigos, espacio de ocio y tiempo libre ámbito laboral; pero con una peculiaridad importante, “las del país de acogida y las de su país de origen”, que actúan simultáneamente pero no con la misma intensidad ni de manera convergente en cada tramo de edad.

No debemos olvidar que el adolescente inmigrante de 1ª generación, o mejor generación 1 y 1/2 como la denominan algunos autores, que llega a nuestro país en esta etapa de su vida, por reagrupación familiar, o inmigra solo (MNA), tiene que hacer los cambios y duelos propios de la adolescencia, y además adaptarse a una nueva cultura, a veces lengua, colegio, casa y muchas veces a una nueva familia.

Pero también los de 2ª generación, los nacidos aquí en España, y que desde su niñez han estado en contacto con las dos culturas, es en la adolescencia sobretodo, cuando se hacen conscientes de esta doble raíz y de sus contradicciones, debiendo hacer un esfuerzo, por descubrir un camino propio.

La mayoría de los chicos y chicas inmigrantes⁽⁶⁾ están por la propuesta de identidad igualitaria sin marca de género. Aunque se observan, otras dos posiciones que se sitúan en los extremos: por un lado, el sexismo declarado y, por otro, la complementariedad de las diferencias.

En todo caso, ambos sectores se conciben en una situación cambiante, acelerada por el proceso migratorio.

El punto crucial de la autonomía de cada persona es la salida del hogar familiar para formar otro. En este punto, coinciden los dos sectores en que la posición tradicional de control a la mujer hasta que se casa (pasar a estar bajo el cuidado de otro hombre), es la habitual en sus países de origen, teniendo el hombre mayor libertad.

Pero esta situación en la inmigración está sufriendo un vuelco enorme, de modo que la chica emigrante ha adquirido una libertad de movimiento impensable en el país de origen, aunque siempre bajo la atenta mirada de los adultos o hermanos varones. No se plantea la ruptura del modelo familiar tradicional, pero sí una transformación con efectos aún no contrastados sobre la capacidad de autonomía de las chicas.

Respecto al reparto de tareas; la colaboración que dicen prestar para la gestión de los hogares hace surgir la cuestión de estar ante una situación especial, diferente de la que viven los compañeros o compañeras autóctonos e incluso de la que realizan sus homólogos en los países de origen.

Por la precaria situación socioeconómico en la que viven muchos adolescentes inmigrantes, el “principio de realidad” parece estar más presente en este colectivo que en el de los adolescentes autóctonos inmersos en una cultura hedonista y de consumo.

En cuanto al tiempo de ocio, se reconoce que, en general, existe mayor libertad para los chicos y, por otra parte, también se manifiesta un fuerte contraste en la utilización de este tiempo y espacio de socialización, alejado de la instancia familiar, entre el comportamiento de los jóvenes inmigrantes y los autóctonos, aunque un sector de aquéllos estaría asimilando las pautas de éstos.

Respecto a la sexualidad, la posibilidad de iniciar y establecer “relaciones” entre chicos y chicas de diversas procedencias, terminen o no en la formación de parejas estables, es decididamente positiva entre las chicas latinoamericanas, ni la familia, ni ninguna otra instancia exterior puede impedir una relación afectivo-sexual libremente acordada entre chico y chica, se trata de participar en la tendencia de futuro que ya ha comenzado (“el mestizaje”), las chicas que se consideran musulmanas aceptan resignadas la ingerencia familiar en la elección o el compromiso de la nueva pareja; se desea un cambio pero para ello no se cuenta con el apoyo de los mayores, sino sólo con una parte de los chicos socializados en la migración. La religión y la cultura, ponen límites a la hora de formar pareja. Una chica musulmana nunca se podrá casar legítimamente si no es con otro musulmán⁽⁷⁾.

PRÁCTICAS Y COMPORTAMIENTOS RELATIVOS A LA SALUD EN EL ADOLESCENTE INMIGRANTE

Hemos de señalar que este colectivo no es homogéneo y que los estudios realizados hasta ahora nos hablan fundamentalmente de los adolescentes inmigrantes latino-americanos.

Alimentación y ejercicio físico y aspecto corporal

Los hábitos culinarios, las creencias religiosas (Ramadán en los musulmanes), y cómo no, los recursos económicos, normalmente escasos en esta población, influyen en su alimentación y nutrición.

Más del 80% de madres carecen de conocimientos básicos sobre una alimentación saludable, esto junto con condicionamientos económicos y culturales, hacen que las dietas sean poco variadas, con un gran consumo de cereales⁽⁸⁾ y escaso de lácteos y de pescado.

Un porcentaje elevado de adolescentes inmigrantes no desayunan, consumen excesivamente bebidas bicarbonatadas y cada vez está más extendido entre ellos el consumo de comida rápida⁽⁹⁾; pues la consideran como un símbolo de la forma de vida a la que aspiran⁽¹⁰⁾.

Los chicos/as inmigrantes están más cerca de la idea de cuerpo natural. Mientras que las chicas y chicos españoles lo estarían de los cuerpos contruidos y reconstruidos⁽¹¹⁾.

Las relaciones afectivo-sexuales

Según el Informe sobre las Concepciones de Salud de los Jóvenes 2004⁽¹⁰⁾, los/as jóvenes madrileños procedentes de los países del Caribe, Colombia y Ecuador evidencian un fuerte déficit y confusión en lo que se refiere a los distintos métodos anticonceptivos.

Por otra parte, sin tener una base suficiente, como para afirmarlo con rotundidad, sí aparecen muchos síntomas, convergentes con otras informaciones exteriores al estudio realizado en el mencionado informe, de entre ellas: nuestra propia experiencia en la atención en consulta al adolescente inmigrante en los “Centros Madrid Salud”, que señalan la existencia de un inicio más precoz de las relaciones sexuales coitales, que entre los españoles autóctonos, (a los 13-14 años parecieran iniciarse en más de un caso) y con unas mayores dosis de riesgo en la medida en que los chicos parecen expresar un discurso muy negativo, de rechazo frontal a utilizar el preservativo, así como una mayor supeditación de los miedos y temores de la chica a los deseos y exigencias del chico.

Los frenos a los embarazos no deseados y a las ETS parecen operar también de forma distinta a lo que ocurre entre los jóvenes españoles. Existe una mayor aceptación (relativa) de los embarazos no deseados y un mayor miedo a las ETS, el VIH SIDA en los adolescentes extranjeros, debido a que existe una mayor apertura a relaciones con desconocidos y con colectivos, de riesgos como las prostitutas, en los que podría pensar una mayor presencia de ETS.

Las chicas jóvenes inmigrantes, parecen más abiertas al uso de los preservativos, a la educación sexual, y a la misma planificación familiar, promovida y reforzada esta última cuestión por sus propias madres, que son muchas veces las que informan e incluso solicitan cita para sus hijas en los centros de planificación familiar para jóvenes). Sin embargo, los varones del grupo se muestran contrarios a su uso, al punto de señalar que las relaciones sexuales sin preservativo se convierten en una condición *sine qua non* para mantener cualquier tipo de relación de “noviazgo” o afectiva en general.

Adolescencia, sexualidad, violencia de género e inmigración

Se puede observar una gran diferencia, entre el discurso español y el inmigrante respecto a la sexualidad, mientras que para los padres y madres españoles, la sexualidad es un territorio, un espacio social, que es prácticamente negado para la realización personal del joven y su camino hacia la edad adulta; en el caso de los adultos inmigrantes el discurso es totalmente opuesto. La sexualidad es concebida como un valor fundamental, un campo de actividades esencial para la trayectoria moral y social del joven.

La sexualidad cobra valor para las culturas inmigrantes, sólo si vienen marcadas por el sino de la procreación; por pura lógica el tipo de sexualidad que predomina, aunque no sea el único, en las culturas inmigrantes, es el coital. Para las culturas latinoamericanas el hecho de ser padre o madre, es la condición y el indicador de ser adulto. Sin embargo se empieza a apreciar en los adolescentes inmigrantes que viven en España un cambio respecto a las relaciones sexuales, parecido a lo que ocurrió con los jóvenes autóctonos en la España de los años setenta.

La sexualidad deja de estar tan marcada por la reproducción, como orientación básica del individuo y se convierte así en un valor más flexible, más lúdico y “secundario” a la hora de otorgar al joven su estatuto de adulto e integrarlo en la sociedad.

Al perder dicha importancia, debemos suponer que la violencia de género debería también perder parte de su funcionalidad y de su presencia, en los jóvenes inmigrantes.

La violencia que se ejerza en nuestro país debería tender, en años sucesivos (a medida que se inserte definitivamente la cultura sexual más emergente: más igualitaria y contractual), a descender. La violencia sexual y de género, que en sus países de origen cumplía todavía una función social de mantenimiento del orden familiar, empieza a no ser bien vista por los grupos de jóvenes inmigrantes, mientras que en sus países constituía parte de su cultura sexista y androcéntrica.

Sin embargo, conviene matizar esta reflexión señalando que, por una parte; los varones inmigrantes están realizando

este paso de una manera mucho más lenta que las mujeres, de lo cual se deriva una asincronía que puede generar conflictos importantes como la apertura de las mujeres a cierta poligamia. Y, por otra parte; la flexibilización de los vínculos, que si bien hace disminuir el carácter posesivo de las relaciones, también puede provocar una violencia de baja intensidad, que se ejerza a raíz de las situaciones más indefinidas en las que se producen las relaciones en nuestro país, como por ejemplo en las sutiles diferencias entre lo que es ser un amigo/a y lo que es ser un novio/a, situación bastante novedosa para estos jóvenes inmigrantes y que puede incrementar los conflictos en torno a las responsabilidades de cada individuo participante en la relación.

El 70% de los chicos, declaran estar en contra de la violencia, pero en muchos casos la justifican. Las mujeres en casi la mitad de las ocasiones se expresan con similares argumentos.

Elementos que “justifican” la violencia en la pareja: para los adolescentes inmigrantes:

- La mujer es débil y hay que protegerla (puede ser seducida, engañada, etc.) a través de la autoridad que ejerce el varón.

- La mujer provoca y, como consecuencia, el varón “cae”, se ve obligado, aun sin proponérselo, a cometer actos de violencia.

- Momentos de locura, no tener trabajo, el uso de drogas, etc. Son algunos de los argumentos explicativos que justificarían la violencia.

Factores de riesgo de violencia de género entre los jóvenes inmigrantes

Entre los principales factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres/adolescentes a sufrir violencia sexual tenemos:

- Que un varón cometa una agresión sexual aparece en todas las condiciones socioeconómicas. Sin embargo, en la población más desfavorecida se agudizan las situaciones de riesgo. La falta de recursos económicos y el hacinamiento pueden convertirse en un nicho de factores de riesgo muy importante.

- El fracaso escolar, bajo nivel de instrucción y falta de proyecto de vida, incrementan tanto la posibilidad de ser víctima de violencia como la eventualidad de ser agresor. La población inmigrante es especialmente vulnerable.

- Los niveles familiares de pobreza (no tener legalizada la residencia, horarios intensivos, hacinamiento, etc.) obliga a muchas familias a disminuir la supervisión y control, incrementando el riesgo de ser víctima de violencia.

- El grado de tolerancia del entorno social “próximo” y “remoto” incide en la aparición de la violencia. En muchas comunidades y población inmigrante, está arraigada la creencia de superioridad masculina que se impone y justifica a través del maltrato. Es frecuente que los varones

de algunos contextos socioculturales crean que no hay límites en el grado de disponibilidad de las mujeres en las relaciones sexuales, lo que limita las habilidades y estrategias de autocontrol⁽¹¹⁾.

- Violencia entre iguales

En la población inmigrante, la cultura de origen puede condicionar algún tipo de violencia; especialmente cuando el adolescente proviene de países en conflicto armado declarado o no, pues se supone que muchos de ellos se han ido socializando en un contexto donde la violencia se configura como una estrategia para establecer y dinamizar las relaciones personales.

- Algunos de los recién llegados –adolescentes con los vínculos familiares debilitados después de varios años de separación– toman el modelo de los jóvenes latinos que ven en televisión: “los pandilleros”.

Aparte de compartir un mismo acento, los jóvenes latinos usan también el mismo lenguaje no verbal. Es su identidad cultural. Muchos de ellos toman la conciencia de ser latinos al llegar de sus países. El grupo, les ayuda a establecer nuevos vínculos sociales después de haber roto los que mantenían en su tierra. Eso no significa, sin embargo, que pertenezcan a ninguna banda ni tampoco que sean peligrosos. Los jóvenes latinos, formen o no parte de una banda, comparten unos mismos símbolos identificativos. Llevan ropa ancha, les gusta bailar el *reggaeton* y se saludan con unos mismos gestos importados de Latinoamérica.

El fenómeno de las bandas en España, afecta al 5% de los adolescentes de origen latino; según datos de la Policía nacional en el 2005 se habían identificado un total de 500 miembros integrantes de bandas latinas, en la ciudad de Barcelona y 420 en la ciudad de Madrid, siendo las bandas más representativas en España los Latin king y los Ñetas.

Si bien existen algunos grupos y bandas, con estructuras de poder piramidales y sexistas, con ritos de iniciación donde se incluye la violencia sexual, etc.; que se convierten en posibles elementos generadores de violencia a considerar y no menospreciar; las bandas en sí, no son organizaciones delictivas y algunas quieren que se las reconozca como a cualquier otra asociación cultural⁽¹²⁾.

LA SALUD DEL ADOLESCENTE INMIGRANTE

Los problemas de salud de los adolescentes inmigrantes son similares a los de la población autóctona. En todo caso estarían más condicionados por la situación de desigualdad, que por la inmigración.

Los problemas de salud bucodental, inmunizaciones ausentes o incompletas, problemas dermatológicos, trastornos del crecimiento y de la nutrición, incluyendo las anemias nutricionales y las enfermedades infectoparasitarias son las patologías orgánicas más frecuentemente observadas en la población inmigrante.

Problemas nutricionales

Se pueden encontrar situaciones carenciales, debidas a las condiciones en el país de origen, con malnutrición, anemias ferropénicas y también por déficit de ácido fólico. También son más frecuentes las hemoglobinopatías.

Se ha descrito la aparición de obesidad en inmigrantes de 2ª y 3ª generación en Suecia y EE.UU.⁽¹³⁾ con tasas mayores que las de la población autóctona. En el estudio sueco⁽¹⁴⁾ que encuentra tasas de obesidad del 31% en escolares de 11-12 años, comprueban que la obesidad se asocia con bajo nivel educativo, sedentarismo, consumo excesivo de bebidas dulces y no desayunar.

También P. Montoya⁽¹⁶⁾ encuentra un elevado porcentaje de adolescentes inmigrantes, que no desayunan, así como escaso consumo de lácteos y excesivo de bebidas dulces.

Por el contrario, en el estudio de G. Oliván⁽¹⁵⁾, sobre 241 menores extranjeros ingresados en centros de protección, encuentra un porcentaje elevado (12%) de malnutrición aguda, relacionada probablemente, con las condiciones que mostraron el ingreso en el centro (maltrato, abandono, menores no acompañados).

En países donde hay buena disponibilidad de alimentos, se está observando una clara aceleración secular del crecimiento entre los hijos de emigrantes debido a que la mayoría de estos niños ya nacieron en el país de destino. A largo plazo, en adolescentes y adultos, hijos y nietos de los emigrantes que llegaron a EE.UU. y Europa, los problemas nutricionales que aparecen son la obesidad, ingesta excesiva de macronutrientes y escasa de algunos micronutrientes, disminución de la actividad física y abuso de alcohol y tabaco. Todos estos factores aumentan el riesgo de padecer cardiopatía isquémica, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemias⁽¹⁶⁾.

En niños y adolescentes, la prevalencia global de obesidad-sobrepeso está aumentando progresivamente, alcanzando cifras cercanas al 25% en países de Norteamérica y Europa^(17,18). Aunque el fenómeno de la inmigración en España acabe de comenzar, los riesgos nutricionales característicos de algunas de estas poblaciones minoritarias de niños y adolescentes, deben tenerse en cuenta para intentar prevenir los problemas de salud que puedan aparecer en un futuro.

Salud bucodental

Los índices de caries son más elevados que entre la población autóctona, probablemente debido, tanto a una mayor prevalencia en los países de origen, como al mayor consumo de bebidas dulces y alimentos cariogénicos de fácil disponibilidad en el país de acogida.

Salud sexual y reproductiva

La tasa de natalidad en mujeres nacidas fuera de España es superior a la de las nacionales, con importantes diferencias según la procedencia (mayor en las latinoamericana-

nas). La edad media a la maternidad es menor que entre las mujeres españolas. Los problemas en relación con el embarazo en mujeres inmigrantes se han asociado a un deficiente o tardío control del mismo. Esta circunstancia podría relacionarse con un escaso hábito de realizar estos controles en sus países de procedencia ya que los sistemas sanitarios y/o los programas de prevención están en muchos casos pobremente desarrollados. Pero también con problemas de información, de adaptación cultural de los programas y de accesibilidad a los mismos. En el año 2005 el 53% de las IVE (interrupción voluntaria del embarazo) realizadas en la Comunidad de Madrid correspondieron a mujeres provenientes de otros países, con algunas características significativamente diferentes a las mujeres autóctonas: son algo más jóvenes; un mayor porcentaje refiere vivir en pareja y estar casadas; son más las que tienen otros hijos vivos en el momento de la IVE y que tienen IVE previas y es mayor el porcentaje que no había acudido a ningún centro de control de anticoncepción en los dos últimos años⁽¹⁹⁾.

En la Comunidad de Madrid el porcentaje de casos de SIDA que afectan a personas de origen distinto de España ha aumentado de un 12,8% de los diagnósticos en 2001, a un 18,5% en 2005, observándose que el contacto heterosexual adquiere importancia en los nuevos diagnósticos en este colectivo. Además se observa que en una proporción elevada de los casos que afectan a inmigrantes se produce simultáneamente el diagnóstico de la infección y del SIDA.

En lo relativo a la transmisión vertical, la tasa de transmisión es más alta entre las mujeres inmigrantes que en las españolas (6,2 vs 2,3%)⁽²⁰⁾.

Enfermedades infecciosas, vacunación

La tuberculosis es una enfermedad de alta prevalencia en muchos de los principales países emisores de emigrantes. Además, las condiciones de vivienda, con mucha frecuencia de hacinamiento, hacen más fácil la propagación de la enfermedad. También se pueden ver casos de paludismo en la Comunidad de Madrid, el 18,6% de los casos se dan en menores de 14 años y cada vez se ven más casos relacionados con la inmigración⁽²¹⁾. Por ello es fundamental incidir sobre las medidas de prevención del paludismo, especialmente entre los inmigrantes y sus hijos que viajan a sus países de origen sin profilaxis.

Tampoco es rara la presencia de diferentes parasitosis intestinales entre los recién llegados de muchos países de Latinoamérica y de África...

En relación con su situación inmunitaria, los que proceden de Asia, África y Europa del Este pueden presentar calendarios vacunales incompletos. También es importante asegurar la vacunación frente a rubéola, en los adolescentes provenientes de países latinoamericanos para evitar el síndrome de rubéola congénita. En 2005 se ha producido un brote de rubéola en la Comunidad de Madrid con 460

casos, de los cuales el 56,2% eran personas procedentes de fuera de España, la mayoría de Latinoamérica, principalmente de Ecuador y Colombia. De los casos detectados en mujeres, el 80,1% de las españolas y el 94,5% de las extranjeras estaban en edad fértil (15 a 49 años)⁽²²⁾.

Problemas dermatológicos

Enfermedades como la tiña o la sarna son relativamente frecuentes, favorecidas por las malas condiciones higiénicas en adolescentes, que viven en situación de riesgo social.

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DEL ADOLESCENTE INMIGRANTE DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los servicios de urgencia son el primer contacto con el sistema sanitario de la mayoría de los inmigrantes y la demanda de atención por problemas que tendrían que abordarse en atención primaria parece ser alta. Los motivos de consulta y hospitalización más habituales se relacionan con necesidades de la población joven.

Aunque el fenómeno de la inmigración en España acaba de comenzar, los riesgos nutricionales característicos de algunas de estas poblaciones minoritarias de niños y adolescentes deben tenerse en cuenta para intentar prevenir los problemas de salud que puedan aparecer en un futuro. Es importante tener en cuenta que una dieta equilibrada, no siempre es la más barata; por eso, mantener el discurso tradicional médico-paternalista, de recomendar a las familias de bajo nivel que modifiquen sus estilos de vida y sus patrones de consumo alimentario, con el fin de que disminuyan los riesgos para su salud futura, es poco realista y está condenado al fracaso puesto que las personas no pueden cambiar sus hábitos si existe un condicionante tan importante como el económico. La educación para la salud debe mantenerse, sin duda, pero no debe ser el único pilar de acción. Es fundamental un compromiso más claro de las administraciones para intentar compensar el desequilibrio de los precios, y apostar por ciertas medidas, como subvencionar frutas y verduras.

El hecho de que más del 50% de las IVE realizadas correspondan a mujeres inmigrantes, hace pensar en las dificultades que los programas de prevención y promoción de la salud encuentran para adecuarse a las características socioculturales de este colectivo no homogéneo. Un enfoque socio-sanitario integrador es fundamental para desarrollar estrategias preventivas y asistenciales en general y también en relación a la salud reproductiva y a la prevención de embarazos no deseados⁽²³⁾.

Es necesario elaborar programas para la reducción de IVE, teniendo en cuenta la perspectiva de género que involucre a la pareja, cuando exista, articulando estrategias que le incluyan como persona con responsabilidad en la prevención de embarazos no deseados.

Entre los chicos, los tópicos sobre el preservativo son muy abundantes, evidenciándose la necesidad de un plan de educación para la salud hacia los jóvenes inmigrantes que tenga en cuenta sus creencias, el pudor con que se expresan y las distintas circunstancias vitales por las que atraviesa su integración en la sociedad madrileña.

La Atención Primaria debe de ser una pieza clave en los Programas de Prevención de las IVE, en especial asesorando en planificación familiar y en métodos anticonceptivos.

La mayor parte de los residentes extranjeros procede de países pobres con sistemas sanitarios deficientes, por lo que en conjunto los niveles de inmunización son menores a los de la población autóctona. Los hijos de inmigrantes nacidos en nuestra Comunidad están correctamente vacunados, pero se encuentran bolsas de no vacunados en los niños mayores, adolescentes y adultos. Se debería recomendar la vacuna triple vírica a los/as adolescentes inmigrantes que llegan a nuestro país, así como dosis de polio, difteria y tétanos.

El hecho de ser menor inmigrante en un país extranjero con problemas de regularización, vivienda o reagrupación familiar, y especialmente si existen barreras idiomáticas culturales o raciales por pertenecer a minorías étnicas, es un factor de riesgo de primera magnitud para encontrarse en una situación de vulnerabilidad, riesgo o desamparo que precise medidas de protección social. Es necesario un seguimiento continuado por los servicios sociales de la comunidad de acogida para prevenir y detectar precozmente situaciones de desprotección⁽²⁴⁾. La implementación de medidas de integración social que posibiliten el tránsito biológico, social y cultural de los jóvenes inmigrante, es fundamental para la prevención de la violencia. Es necesario, definir y desarrollar la utilización de traductores, mediadores y agentes comunitarios de salud como un recurso disponible para los profesionales sanitarios para mejorar la accesibilidad, tanto de los inmigrantes al sistema sanitario como de los profesionales a sus problemas reales. Así como la formación de los profesionales sanitarios, en inmigración y salud, priorizando aspectos de medicina transcultural (hábitos dietéticos, itinerarios de sanación, concepto de salud-enfermedad, restricciones religiosas, efectividad de algunos medicamentos en diferentes etnias, etc.), tanto en el pregrado como en el postgrado y como formación continuada⁽²⁵⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jansá JM. Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en Salud Pública. *Gac Sanit* 2006; 20 supl 1: 10-4.
2. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2005. Madrid: Mundi Prensa Libros; 2005. Disponible en <http://www.ine.es/pordyser/puweb/espific/pobl05.pdf>
3. Colectivo IOE: Inmigrantes Extranjeros en España. *Panorama Social*. Nº 1: junio 2005; 32-47.
4. Instituto Nacional de Estadística. Informe sobre la población extranjera en España. Disponible en : http://www.ine.es/prodyser/pubweb/indisoc03/pob_extranjera.pdf

5. Aguado Odina T et al. Racismo, Adolescencia e Inmigración. Centro INTER de Investigación en Educación Intercultural. Instituto de Investigación UNED. 2006.
6. Colectivo IOE (2005). Inmigración, género y escuela. Madrid: CIDE-Instituto de la Mujer.
7. Miguel Ángel de Prada (Colectivo IOE) ¿“Inención” de la adolescencia migrante? Congreso: ser adolescente hoy. Madrid, 22-24 de noviembre, 2005.
8. Pettifor JM. Nutritional rickets: deficiency of vitamin D, calcium, or both? *Am J Clin Nutr*. 2004; 80 (6 Suppl): 1725S-9S.
9. Montoya P, Torrija E, Torres A. Valoración de la alimentación y la antropometría de la población inmigrante infantil y su comparación infantil española. *Pediatrka* 2003; 23: 6-15.
10. Las concepciones de salud de los jóvenes. Informe 2004. Documentos Técnicos de Salud Pública 94 Volumen II: Prácticas y Comportamientos relativos a los hábitos saludables.
11. Capítulo sobre Adolescencia, Sexualidad, Violencia de Género e Inmigración de A. Antona y J. Madrid para el Informe SIAS 5. Pendiente de publicación.
12. Carles Feixa www.cabuenes.org
13. Magnusson MB, Hulthen L, Kjellgren KI. Obesity, dietary pattern and physical activity among children in a suburb with a high proportion of immigrants. *J Hum Nutr Diet* 2005; 18(3): 187-94.
14. Popkin BM, Udry JR. Adolescent obesity increases significantly in second and third generation U.S. immigrants: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Nutr* 1998; 128(4): 701-6.
15. Oliván Gonzalbo G. Assessing the health and nutritional status of illegal immigrant adolescents from Maghreb *An Esp Pediatr* 2000; 53(1): 17-20.
16. Kalhan R, Puthawala K, Agarwal S, Amini SB, Kalhan SC. Altered lipid profile, leptin, insulin, and anthropometry in offspring of South Asian immigrants in the United States. *Metabolism* 2001; 50: 1197-202.
17. Anonymous. Update: Prevalence of overweight among children, adolescents, and adults-United States, 1988-1994. *Morbidity and Mortality Weekly Reports* 1997; 46: 199-204.
18. Moreno LA, Fleta J, Sarría A, Rodríguez G, Gil C, Bueno M. Secular changes in body fat patterning in children and adolescents of Zaragoza (Spain), 1980-1995. *Int J Obes* 2001; 25: 1656-60.
19. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Interrupciones voluntarias de embarazo (IVE), realizadas en la ciudad de Madrid. 2006; 12: 89-104.
20. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2005. 2006; 12: 3-88.
21. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. “Patrón de presentación del Paludismo en la Comunidad de Madrid (2000-2004). 2005; 11: 43-60.
22. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. “Brote comunitario de Rubéola en la población residente en la Comunidad de Madrid, 2005; 11: 39-63.
23. Informe 2004 del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.
24. Inmigración y Adolescencia. Los retos de la Interculturalidad Miguel Siguán (Paidós).
25. Vázquez-Villegas J. *Aten Primaria* 2006; 37: 249-50.