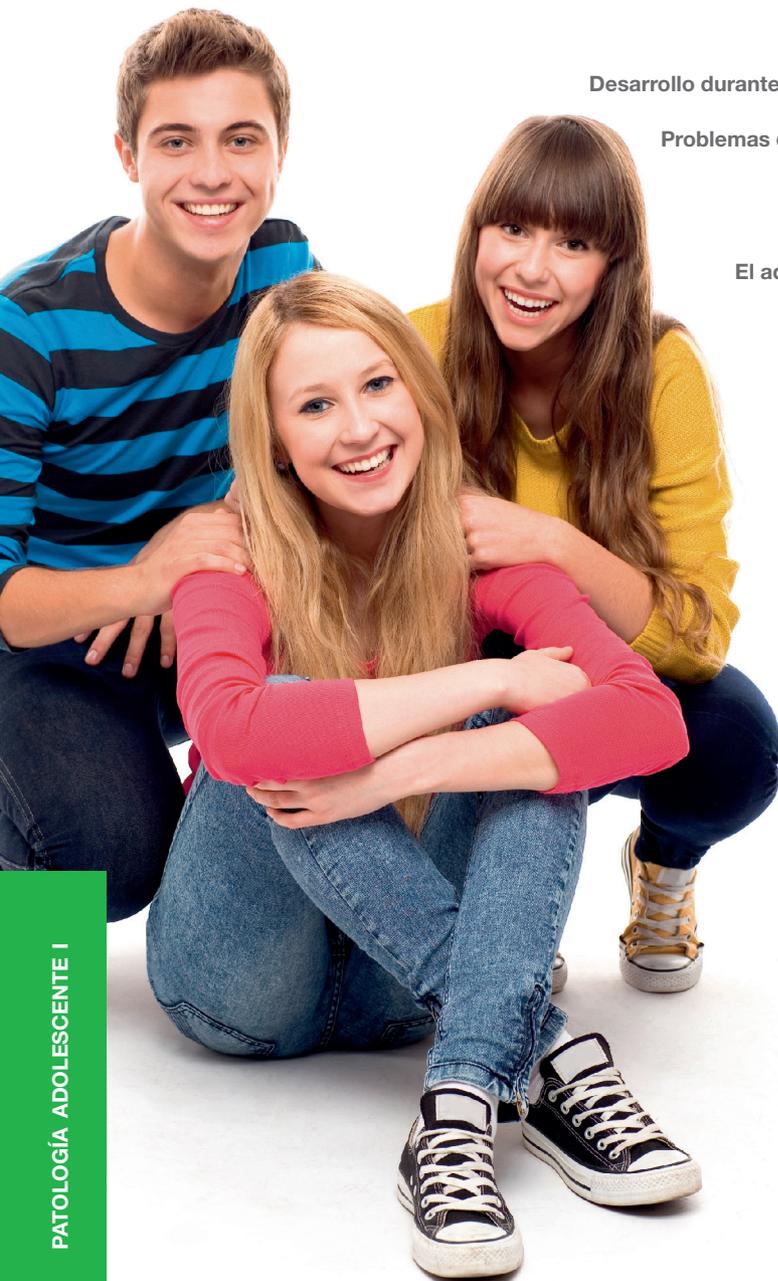


Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria

Sumario



Editorial

Exámenes de salud en la adolescencia 231
M.I. Hidalgo Vicario

Temas de Formación Continuada

Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales 233
M. Güemes-Hidalgo, M.J. Ceñal González-Fierro, M.I. Hidalgo Vicario

Problemas de salud en la adolescencia. Patología crónica y transición 245
M.A Salmerón Ruiz, J. Casas Rivero, F. Guerrero Alzola

La conducta violenta en la adolescencia 254
C. Imaz Roncero, A. Pérez Cipitria, J.M. Martínez,
M.T. Barbero Sánchez, A. Elúa Samaniego

El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios 261
L. Rodríguez Molinero

Problemas escolares en la adolescencia 270
J. Valdés Rodríguez, N. Bolufer Vigrana

Regreso a las Bases

La sexualidad en la adolescencia 278
F. López Sánchez

© El Rincón del Residente

Imágenes en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico
10 cosas que deberías saber sobre... Baby-Led Weaning 286
Con el fonendo en la mochila

The Corner 287

A Hombros de Gigantes 288
D. Gómez Andrés

© De Interés Especial

**Puesta al día en las aplicaciones de la melatonina +
triptófano + vitamina B6 en Pediatría** 290
G. Pin, E. Cardo, S. Rey, P. Smeyers, M. Merino, O. Sans, R. Kireev

© Representación del niño en la pintura española

Alberto Duce: dibujante y maestro de la figura femenina 291
J. Fleta Zaragoza

Noticias 292



31

CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

SANTANDER 2017
DEL 19 AL 21 DE OCTUBRE





Pediatría Integral

Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria

Directora Ejecutiva

Dra. M.I. Hidalgo Vicario

Subdirectores Ejecutivos

Dr. J. de la Flor i Brú

Dra. T. de la Calle Cabrera

Jefe de Redacción

Dr. J. Pozo Román

Consejo Editorial

Junta Directiva de la SEPEAP

Presidente de Honor

† Dr. F. Prandi Farras

Presidente de Honor

Dr. J. del Pozo Machuca

Presidente

Dr. V. Martínez Suárez

Vicepresidente

Dr. J. Pellegrini Belinchón

Secretario

Dr. C. Coronel Rodríguez

Tesorero

Dr. L. Sánchez Santos

Vocales

Dr. A. Hernández Hernández

Dra. M.Á. Learte Álvarez

Dr. J. García Pérez

Dr. F. García-Sala Viguer

Dra. B. Pelegrin López

Vocales Regionales

Andalucía oriental

Dr. J.M. González Pérez

Aragón, La Rioja y Soria

Dra. P. Oliván Otan

Asturias-Cantabria-Castilla y León

Dra. R. Mazas Raba

Baleares

Dr. E. Verges Aguiló

Canarias. Las Palmas

Dr. Gonzalo Cabrera Roca

Canarias. Tenerife

Dra. I. Miguel Mitre

Castilla la Mancha

Dr. J.L. Grau Olivé

Cataluña

Dr. J. de la Flor i Bru

Comunidad Valenciana

Dr. I. Manrique Martínez

Galicia

Dr. M. Sampedro Campos

Madrid

Dra. G. García Ron

Murcia

Dra. Á. Casquet Barceló

Navarra

Dr. R. Pelach Paniker

Director Fundador: Dr. J. del Pozo Machuca

Grupos de Trabajo (Coordinadores)

Actualizaciones Bibliográficas

Dr. J. López Ávila

Asma y Alergia

Dr. J. Pellegrini Belinchón

Docencia y MIR

Dra. O. González Calderón

Educación para la Salud y Promoción

del Desarrollo Psicoemocional

Dr. P.J. Ruiz Lázaro

Investigación y Calidad

Dr. V. Martínez Suárez

Nutrición y Patología Gastrointestinal

Dr. C. Coronel Rodríguez

Pediatría Social

Dr. J. García Pérez

Simulación

Dr. L. Sánchez Santos

Sueño

Dra. M.I. Hidalgo Vicario

Dra. C. Ferrández Gomáriz

Técnicas Diagnósticas en A.P.

Dr. J. de la Flor i Brú

TDAH

Dra. M.I. Hidalgo Vicario

Vacunas

F. García-Sala Viguer



En portada

La adolescencia es el periodo de tiempo entre el inicio de la pubertad y el final del crecimiento y desarrollo físico y psicosocial. Es una etapa con características y necesidades propias y tiene la misma importancia que la infancia o la edad adulta. En España, el adolescente es el gran olvidado del sistema sanitario. El pediatra debe formarse en la Medicina de la Adolescencia para realizar una apropiada atención de esta edad.

Pediatría Integral on line y normas de publicación en:

www.pediatriaintegral.es

Periodicidad:

8 números / año

Suscripción:

Gratuita para los socios de SEPEAP.

Los no socios deberán contactar con la Secretaría Técnica por correo electrónico.

Secretaría Técnica:

secretaria@pediatriaintegral.es

Publicidad:

publicidad@pediatriaintegral.es



PEDIATRÍA INTEGRAL (Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria) es el órgano de Expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

PEDIATRÍA INTEGRAL publica artículos en castellano que cubren revisiones clínicas y experimentales en el campo de la Pediatría, incluyendo aspectos bioquímicos, fisiológicos y preventivos. Acepta contribuciones de todo el mundo bajo la condición de haber sido solicitadas por el Comité Ejecutivo de la revista y de no haber sido publicadas previamente ni enviadas a otra revista para consideración. PEDIATRÍA INTEGRAL acepta artículos de revisión (bajo la forma de estado del arte o tópicos de importancia clínica que repasan la bibliografía internacional más relevante), comunicaciones cortas (incluidas en la sección de información) y cartas al director (como fórum para comentarios y discusiones acerca de la línea editorial de la publicación).

PEDIATRÍA INTEGRAL publica 10 números al año, y cada volumen se complementa con dos suplementos del programa integrado (casos clínicos, preguntas y respuestas comentadas) y un número extraordinario con las actividades científicas del Congreso Anual de la SEPEAP.

PEDIATRÍA INTEGRAL se distribuye entre los pediatras de España directamente. SWETS es la Agencia Internacional de Suscripción elegida por la revista para su distribución mundial fuera de este área.

© Reservados todos los derechos. Absolutamente todo el contenido de PEDIATRÍA INTEGRAL (incluyendo título, cabecera, mancha, maquetación, idea, creación) está protegido por las leyes vigentes referidas a los derechos de propiedad intelectual.

Todos los artículos publicados en PEDIATRÍA INTEGRAL están protegidos por el Copyright, que cubre los derechos exclusivos de reproducción y distribución de los mismos. Los derechos de autor y copia (Copyright) pertenecen a PEDIATRÍA INTEGRAL conforme lo establecido en la Convención de Berna y la Convención Internacional del Copyright. Todos los derechos reservados. Además de lo establecido específicamente por las leyes nacionales de derechos de autor y copia,

ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida de forma alguna sin el permiso escrito y previo de los editores titulares del Copyright. Este permiso no es requerido para copias de resúmenes o abstracts, siempre que se cite la referencia completa. El fotocopiado múltiple de los contenidos siempre es ilegal y es perseguido por ley.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 534 bis del Código Penal vigente en España, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reprodujeran o plagiaran, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

La autorización para fotocopiar artículos para uso interno o personal será obtenida de la Dirección de PEDIATRÍA INTEGRAL. Para librerías y otros usuarios el permiso de fotocopiado será obtenido de Copyright Clearance Center (CCC) Transactional Reporting Service o sus Agentes (en España, CEDRO, número de asociado: E00464), mediante el pago por artículo. El consentimiento para fotocopiado será otorgado con la condición de quien copia pague directamente al centro la cantidad estimada por copia. Este consentimiento no será válido para otras formas de fotocopiado o reproducción como distribución general, reventa, propósitos promocionales y publicitarios o para creación de nuevos trabajos colectivos, en cuyos casos deberá ser gestionado el permiso directamente con los propietarios de PEDIATRÍA INTEGRAL (SEPEAP). ISI Tear Sheet Service está autorizada por la revista para facilitar copias de artículos sólo para uso privado.

Los contenidos de PEDIATRÍA INTEGRAL pueden ser obtenidos electrónicamente a través del Website de la SEPEAP (www.sepeap.org).

Los editores no podrán ser tenidos por responsables de los posibles errores aparecidos en la publicación ni tampoco de las consecuencias que pudieran aparecer por el uso de la información contenida en esta revista. Los autores y editores realizan un importante esfuerzo para asegurar que la selección de fármacos y sus dosis en los textos están en concordancia con la práctica y recomendaciones actuales en el tiempo de publicación.

No obstante, dadas ciertas circunstancias, como los continuos avances en la investigación, cambios en las leyes y regulaciones nacionales y el constante flujo de información relativa a la terapéutica farmacológica y reacciones de fármacos, los lectores deben comprobar por sí mismos, en la información contenida en cada fármaco, que no se hayan producido cambios en las indicaciones y dosis, o añadido precauciones y avisos importantes. Algo que es particularmente importante cuando el agente recomendado es un fármaco nuevo o de uso infrecuente.

La inclusión de anuncios en PEDIATRÍA INTEGRAL no supone de ninguna forma un respaldo o aprobación de los productos promocionales por parte de los editores de la revista o sociedades miembros, del cuerpo editorial y la demostración de la calidad o ventajas de los productos anunciados son de la exclusiva responsabilidad de los anunciantes.

El uso de nombres de descripción general, nombres comerciales, nombres registrados... en PEDIATRÍA INTEGRAL, incluso si no están específicamente identificados, no implica que esos nombres no estén protegidos por leyes o regulaciones. El uso de nombres comerciales en la revista tiene propósitos exclusivos de identificación y no implican ningún tipo de reconocimiento por parte de la publicación o sus editores.

Las recomendaciones, opiniones o conclusiones expresadas en los artículos de PEDIATRÍA INTEGRAL son realizadas exclusivamente por los autores, de forma que los editores declinan cualquier responsabilidad legal o profesional en esta materia.

Los autores de los artículos publicados en PEDIATRÍA INTEGRAL se comprometen, por escrito, al enviar los manuscritos, a que son originales y no han sido publicados con anterioridad. Por esta razón, los editores no se hacen responsables del incumplimiento de las leyes de propiedad intelectual por cualesquiera de los autores.

PEDIATRÍA INTEGRAL está impresa en papel libre de ácido. La política de los editores es utilizar siempre este papel, siguiendo los estándares ISO/DIS/9706, fabricado con pulpa libre de cloro procedente de bosques mantenidos.



Actividad Acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, integrada en el Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de los Profesionales Sanitarios de carácter único para todo el Sistema Nacional de Salud.

Visite la web oficial de la Sociedad: www.sepeap.org, allí encontrará:

- Información actualizada
- Boletín de inscripción a la SEPEAP (gratuito para los MIR de pediatría: los años de residencia más uno)
- Normas de publicación
- Cuestionario on-line para la obtención de créditos

También puede consultar la revista en su edición electrónica: www.pediatriaintegral.es



Edita

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

Secretaría de redacción

Javier Geijo Martínez
secretaria@pediatriaintegral.es

Publicidad

Javier Sáenz Pérez
publicidad@pediatriaintegral.es

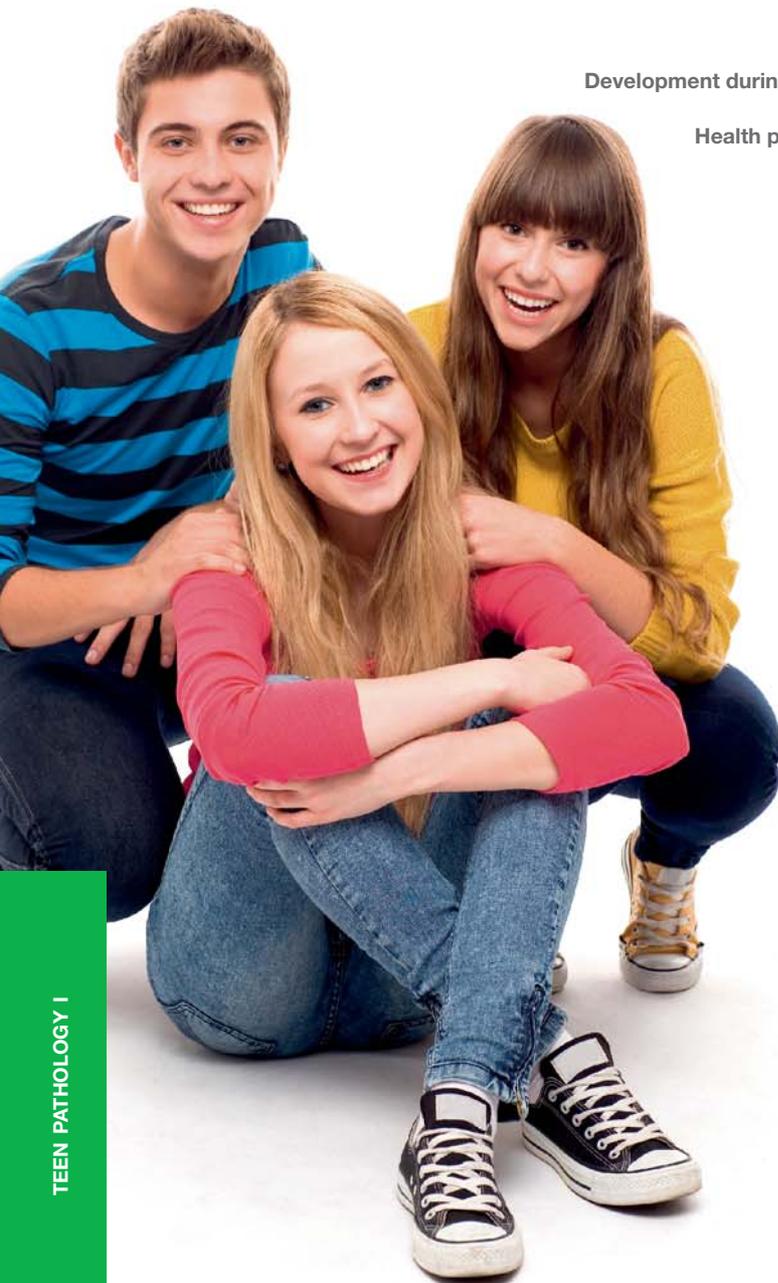
I.S.S.N. 1135-4542

SVP: 188-R-CM

Depósito Legal M-13628-1995

Continuing Education Program in Community Pediatrics

Summary



Editorial

Adolescent health screenings 231
M.I. Hidalgo Vicario

Topics on Continuous Training in Paediatrics

Development during adolescence. Physical, psychological and social aspects 233
M. Güemes-Hidalgo, M.J. Ceñal González-Fierro, M.I. Hidalgo Vicario

Health problems in adolescence. Chronic Pathology and Transition 245
M.A Salmerón Ruiz, J. Casas Rivero, F. Guerrero Alzola

Violent behavior in adolescence 254
C. Imaz Roncero, A. Pérez Cipitria, J.M. Martínez, M.T. Barbero Sánchez, A. Elúa Samaniego

The adolescent and their setting: family, friends, school and mass media 261
L. Rodríguez Molinero

School problems in adolescence 270
J. Valdés Rodríguez, N. Bolufer Vigrana

Return to the Fundamentals

Sexuality in adolescence 278
F. López Sánchez

© The Resident's Corner

Images in Clinical Pediatrics. Make your diagnosis
10 things you should know about... Baby-Led Weaning 286
With the phonendoscope in the backpack 287

The Corner

On the Shoulders of Giants 288
D. Gómez Andrés

© Of Special Interest

Update on the use of melatonin + tryptophan + vitamin B6 in Pediatrics 290
G. Pin, E. Cardo, S. Rey, P. Smeyers, M. Merino, O. Sans, R. Kireev

© Representation of children in Spanish painting
Alberto Duce: artist and teacher of the female figure 291
J. Fleta Zaragoza

News 292



“ Es necesario realizar exámenes de salud en la adolescencia, comprobar si el joven ha recibido las pruebas recomendadas, hacer un seguimiento para realizar las pendientes e intervenir según los resultados para responder a los desafíos que amenazan su salud integral ”

M.I. Hidalgo Vicario

Pediatra. Acreditada en Medicina de la Adolescencia.
C.S. Barrio del Pilar. DAN. SERMAS. Madrid. Directora de Pediatría Integral

Editorial

EXÁMENES DE SALUD EN LA ADOLESCENCIA

Los adolescentes tienen muchas necesidades de salud y para obtenerlas precisan: servicios clínicos preventivos y terapéuticos; recomendación y administración de vacunas; así como asesoramiento para prevenir o disminuir los comportamientos negativos y de riesgo que tendrán efectos en el presente, durante la adolescencia y, también, a largo plazo en la edad adulta. Sin embargo, menos de la mitad de los adolescentes realizan controles periódicos de salud⁽¹⁾ y menos de las tres cuartas partes, a los que se les ha realizado una historia sexual, reciben recomendaciones sobre su salud sexual y reproductiva, tales como la vacunación contra el virus del papiloma humano, un consejo anticonceptivo eficaz o pruebas diagnósticas contra enfermedades de transmisión sexual⁽²⁾. Esto puede ser debido, en parte: a la falta de tiempo dedicado a hablar a solas entre los adolescentes y sus médicos; a que los adolescentes son poco propensos a hablar con el médico de temas relacionados con la salud sexual, las drogas o problemas personales cuando un padre está presente; al malestar médico y del propio paciente –no sentirse a gusto– para tratar temas delicados como la salud sexual; a la falta de tiempo de los profesionales para evaluar los riesgos y dar consejos preventivos; a la falta de preparación de los profesionales para atender a los adolescentes; y también a una menor recepción de servicios sanitarios por parte de los jóvenes⁽³⁻⁵⁾.

Los Exámenes de Salud (ES) son actividades destinadas a detectar algún problema o variante de la normalidad, en los distintos aspectos biopsicosociales, siendo además una importante oportunidad para realizar actividades preventivas. Estos incluyen: anamnesis, exploración, técnicas de cribado, evaluación, consejos o procedimientos preventivos.

Existen varias Guías de Práctica Clínica para el cuidado de la salud de la población infanto juvenil: Academia Americana de Pediatría (AAP), *Bright Futures*, Asociación Médica

Americana AMA-GAPS, *Task Force* Americana (USPSTF) y Canadiense (CTFPHC), entre otras, que hacen una serie de recomendaciones con cribados y consejos de salud para detectar problemas, promover conductas saludables, frenar comportamientos negativos y reducir riesgos. En nuestro país, en 1988 nació el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) de la SemFYC en colaboración con el Ministerio de Salud y Consumo, y posteriormente, en el año 1990, Previnfad (prevención en la infancia y adolescencia). A pesar de que existen evidencias de que las Guías son eficaces en la prevención de enfermedades y en evitar la mortalidad, hay estudios donde se aprecia que entre el 70-80% de las consultas de adolescentes con los profesionales de la salud no incluyen cribajes ni consejos de salud.

Los objetivos de los ES durante la adolescencia son: 1) identificar problemas de salud evidentes o potenciales en el adolescente sano para realizar un diagnóstico y tratamiento precoces; 2) evaluar si el crecimiento y desarrollo son adecuados; 3) potenciar la relación médico-adolescente-familia que favorezca la promoción de la salud sin la tensión que supone la visita por enfermedad; 4) asegurar una adecuada inmunización; 5) detección precoz de factores de riesgo físicos, psicológicos y sociales para utilizar medidas preventivas específicas; 6) adaptar medidas educativas o guías para el paciente y los padres; y 7) estimular al adolescente para que se haga responsable de su propia salud.

Las técnicas de los ES deben ser sencillas, poco costosas, seguras, aceptables por los usuarios, precisas, comparables, sensibles y específicas y, por supuesto, han de poder adaptarse a las circunstancias individuales del adolescente. Debe evitarse detectar condiciones triviales que pueden ejercer un impacto psicológico negativo en el adolescente, haciéndole sentirse defectuoso o imperfecto en un momento que se está formando su autoestima.

Actualmente, no existe un consenso sobre cuál deben ser la frecuencia de realización de los ES. El Comité de Medicina Práctica y Ambulatoria de la AAP en el año 2000, recomendaba realizar: historia, examen físico con peso, talla y tensión arterial, evaluación del desarrollo y comportamiento, consejos preventivos y guías anticipatorios anuales. Además, cribaje auditivo y de la visión de forma subjetiva anualmente y de forma objetiva a los 12, 15 y 18 años. Igualmente, hemoglobina y hematocrito anual a todas las mujeres que menstruasen y adolescentes varones en el pico de crecimiento. Análisis de orina anual a todos los jóvenes sexualmente activos (leucocitos) y comprobar el calendario vacunal en cada visita. Posteriormente, se han producido modificaciones. La Guía AMAGAP en 2002, recomendaba una visita anual con al menos tres exploraciones físicas entre los 11 y 21 años, adolescencia inicial (11-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años), a menos que se precisasen exploraciones más frecuentes por la existencia de signos y síntomas. Muchos autores y comités han recomendado, al menos, una visita anual breve. Esto parece muy apropiado, ya que favorece una mejor evaluación, educación continuada y una temprana intervención (si va a iniciar una conducta de riesgo o lo está pensando) y de esta forma mantener y mejorar el estado de salud.

Recientemente, la AAP, en colaboración con el grupo de trabajo de *Bright Future*⁽⁶⁾, ha presentado las Recomendaciones para la Atención Preventiva Pediátrica y el calendario de periodicidad desde el nacimiento hasta los 21 años. Manifiestan la necesidad de una continuidad en la atención, y evitar la fragmentación de los cuidados en la supervisión de la salud integral. Las recomendaciones se dirigen a niños y adolescentes sin problemas de salud, con crecimiento y desarrollo normales y con padres competentes. Aquellos que presenten problemas de desarrollo, psicosociales y enfermedades crónicas, pueden necesitar visitas más frecuentes para el consejo y tratamiento, además de visitas de cuidados preventivos.

Estas recomendaciones, en relación con el adolescente incluyen:

- Aspectos psicosociales-conductuales: la evaluación debe estar centrada en la familia y, además de la salud social y emocional del paciente, puede incluir la evaluación de los cuidadores y los determinantes sociales de la salud en el ambiente.
- Depresión: la detección debe comenzar a los 12 años de edad, y es acorde con lo recomendado por la USPSTF. La depresión es un importante factor de riesgo para el suicidio, una de las principales causas de mortalidad en la adolescencia.
- Abuso de sustancias: debe incluir un historial de consumo de tabaco, alcohol u otras drogas. Su consumo ha sido asociado con aumento de los accidentes de todo tipo, abuso y dependencia posteriormente, así como diversos problemas de salud y sociales en la edad adulta. Se preguntará anualmente, iniciándose sobre los 11 años, aunque el inicio de uso de alcohol puede realizarse a los 9 años. Se puede usar el test CRAFFT herramienta validada para Atención Primaria sobre el uso problemático de drogas.

- Infecciones de transmisión sexual (ITS): debe seguirse las recomendaciones del Libro Rojo de la AAP actual (Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas).
- VIH: el cribado universal para el VIH debe realizarse una vez entre los 15 y 18 años, esta recomendación de la AAP coincide con la dada por la USPSTF, preservando la confidencialidad de los adolescentes.
- Los adolescentes que son sexualmente activos, usan drogas inyectables o están siendo evaluados para otras ITS están en mayor riesgo y deben ser evaluados para el VIH con reevaluación anual.
- Audición: además del cribado universal en los recién nacidos, para los adolescentes, la evaluación auditiva debe realizarse una vez durante cada etapa de la adolescencia: inicial, media y tardía. Debido a que la afectación en este grupo de edad suele ser la pérdida de la audición de alta frecuencia relacionada con la exposición al ruido fuerte, los adolescentes deben ser evaluados con un audiómetro de 6.000 a 8.000 decibelios.
- Dislipidemia: se realizará el cribado en dos ocasiones, una entre los 9 y 11 años y otra entre los 17 y 21 años, lo cual coincide con las directrices del *National Heart, Lung, and Blood Institute*.
- Dental: entre los 18 meses a 16 años, se debe considerar la suplementación oral con flúor si el agua de la región es deficiente.
- Se ha eliminado la realización de exámenes pélvicos anuales para la displasia cervical en adolescentes sexualmente activas antes de los 21 años.

Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de las necesidades de salud y de los problemas que afectan a los jóvenes y de que muchos de estos son prevenibles. Es necesario realizar exámenes periódicos de salud, comprobar si el paciente ha recibido todas las pruebas recomendadas, hacer un seguimiento para realizar las que están pendientes e intervenir según los resultados para responder a los desafíos que amenazan su salud integral.

Bibliografía

1. Irwin CE Jr, Adams SH, Park J, et al. Preventive care for adolescents: Few get visits and fewer get services. *Pediatrics*. 2009; 123: e565e72.
2. Torkko KC, Gershman K, Crane LA, et al. Testing for Chlamydia and sexual history taking in adolescent females: Results from a statewide survey of Colorado primary care providers. *Pediatrics*. 2000; 106: e32.
3. Hidalgo I, Garrido G, Hernández M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *Adolesc Health*. 2000; 27(5): 351-60.
4. Menéndez Suso JJ, Hidalgo Vicario MI, González Rodríguez MP, et al. Motivos de consulta de los adolescentes en un Centro de Atención Primaria. Comunicación presentada en el XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Granada, 2003.
5. Boekeloo BO. Will you ask? Will they tell you? Are you ready to hear and respond? Barriers to physician-adolescent discussion about sexuality. *JAMA Pediatr*. 2014; 168: 111e3.
6. Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup. 2017. Recommendations for preventive pediatric health care. *Pediatrics*. 2017; 139(4): e20170254.

Desarrollo durante la adolescencia.

Aspectos físicos, psicológicos y sociales

M. Güemes-Hidalgo*,
M.J. Ceñal González-Fierro**,
M.I. Hidalgo Vicario***

*Departamento de Endocrinología, Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust, Londres, Reino Unido.

**Jefe del Servicio del Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

***Centro de Salud Barrio del Pilar. DAN. SERMAS. Madrid



Resumen

Mientras que la pubertad es un periodo de cambios exclusivamente biológicos, la adolescencia es el periodo de tiempo entre el inicio de la pubertad y el final del crecimiento y desarrollo físico y psicosocial. Es una etapa con características y necesidades propias y tiene la misma importancia que la infancia o la edad adulta. Es la época más sana de la vida desde el punto de vista físico, pero el adolescente está expuesto a muchos riesgos y diferentes problemas de salud. Los profesionales sanitarios deben conocer el desarrollo puberal y psicosocial, así como las posibles variaciones dentro de la normalidad y cuáles son las necesidades en salud y formas de enfermar del joven, estimulando la resiliencia o factores protectores y evitando los factores de riesgo para la salud.

Abstract

Whilst puberty is a period of exclusively biological changes, adolescence is the period of time between the onset of puberty and the end of growth and physical and psychosocial development. It is a stage with its own characteristics and needs and has the same importance as childhood or adulthood. It is the healthiest time of life from the physical point of view, but adolescents are exposed to many risks and different health problems. Health professionals must recognize pubertal and psychosocial development as well as the variations within normality. Health professionals should also be familiar with the health needs of adolescents, their illnesses, promoting resilience or protective factors avoiding risk factor

Palabras clave: Adolescencia; Fisiología puberal; Desarrollo psicosocial; Crecimiento; Maduración; Factores de riesgo; Resiliencia.

Key words: *Adolescence; Pubertal physiology; Psychosocial development; Growth; Maturation; Risk factors; Resilience.*

Pediatr Integral 2017; XXI (4): 233–244

Introducción

La adolescencia se sitúa aproximadamente en la segunda década de la vida. Es la etapa que transcurre entre la infancia y la edad adulta y tiene la misma importancia que ellas, presentando unas características y necesidades propias.

A lo largo de la historia, diversos autores han denominado la adolescencia como: «tormenta hormonal, emocional y de estrés», ya

que, en la pubertad hacen eclosión las hormonas gonadales, que originan cambios físicos y en la esfera emocional y psicosexual. En los últimos años, ha pasado de considerarse como un periodo temido (tormenta y estrés) a verse como una etapa de especiales oportunidades para el desarrollo evolutivo, entre las que se encuentra el establecimiento de una autonomía positiva.

Etimológicamente, el término pubertad proviene del latín “*pubere*”

que significa pubis con vello. Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta. La definición de pubertad obedece a criterios estadísticos; es decir, si la aparición de los caracteres sexuales secundarios se encuentran dentro del intervalo de $\pm 2,5$ DE (desvia-

ción estándar) para el sexo y población de referencia, se considera inicio de la pubertad normal a la aparición de telarquia entre los 8-13 años en las niñas y el aumento del tamaño testicular entre los 9-14 años en los niños.

Adolescencia procede de la palabra latina “*adolescere*”, del verbo adolecer, y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y, también, crecimiento y maduración. Esta etapa se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad, aspecto puramente orgánico, y termina alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicossocial. La adolescencia comprende un periodo de tiempo impreciso, y su duración ha ido aumentando en los últimos años debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del periodo de formación escolar y profesional. La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años).

Los adolescentes constituyen un subgrupo poblacional muy importante desde la perspectiva de salud pública, no solo por su número, capacidad reproductora y poder adquisitivo, sino también porque su estado de salud, su comportamiento y sus hábitos actuales tendrán una enorme repercusión en su estilo de vida y su salud futura.

La adolescencia es el grupo de edad que menos interés ha suscitado entre la comunidad médica. Aunque determinadas enfermedades infecciosas y nutricionales han ido disminuyendo en los últimos años, los adolescentes continúan expuestos a muchos riesgos: accidentes, violencia, delincuencia, uso y consumo de drogas, conductas sexuales arriesgadas, embarazos, problemas familiares, escolares, tecnologías de la información, y trastornos mentales, entre otros. Es preciso tener en cuenta que la mayoría de estas conductas son prevenibles.

En la base de todos los cambios que se producen durante esta época, existe una complicada activación e interacción

de varios sistemas hormonales que previamente han estado inactivos, así como aspectos propios del desarrollo adolescente. Aunque este período puede ser muy tormentoso, la mayoría de los jóvenes y sus padres lo superan sin excesivos problemas.

En este capítulo se van a exponer: las características propias de esta edad, las fases y objetivos a conseguir por el joven, la fisiología de la pubertad con las variaciones dentro de la normalidad, así como el desarrollo psicossocial.

Características de la adolescencia. Etapas, objetivos, y mitos

Hay una amplia variabilidad en cuanto al desarrollo biológico y psicossocial del adolescente. Existen muchos mitos sobre esta edad, que es preciso conocer para identificar lo que realmente es patológico y actuar lo antes posible.

Ningún esquema del desarrollo puede describir adecuadamente a cada uno de los adolescentes, ya que estos **no forman un grupo homogéneo**. Existe una amplia variabilidad en cuanto al desarrollo biológico y psicossocial. Además, los aspectos biológicos pueden influir en el desarrollo psicológico. Cuando el proceso de desarrollo está muy adelantado o retrasado respecto a sus compañeros, el adolescente tiene a menudo dificultades de adaptación y baja autoestima; por ejemplo, una chica de 11 años cuyo cuerpo está desarrollado como una de 15, o el chico de 14 años con un cuerpo como otro de 10 años. Cada adolescente responde a las situaciones de la vida de una forma personal y única, influido por los diferentes factores de riesgo y protección (resiliencia) presentes en su vida^(1,2).

La adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y uniforme. Los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés^(1,2).

Podemos esquematizar la adolescencia en **tres etapas** que se solapan entre sí:

- *Adolescencia inicial*. Abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales.

- *Adolescencia media*. Comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo.
- *Adolescencia tardía*. Abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez.

Durante esta época de la vida, se logra un importante crecimiento y desarrollo físico y se alcanzan **los objetivos psicossociales** necesarios en la evolución del joven a la edad adulta como son: lograr la independencia, aceptar su imagen corporal, establecer relaciones con los amigos y lograr su identidad.

Existen muchos mitos⁽³⁾ sobre la adolescencia, se dice que es un periodo de extrema inestabilidad y turbulencia emocional, de ruptura total con lo anterior, de pensamiento irracional, e incluso una etapa de «psicosis normal» y disarmonía generacional. Hay que tener presente que la mayoría de los adolescentes superan esta fase sin problemas.

- “*El desarrollo del adolescente normal es turbulento*”. No hay ningún estudio que confirme dicha creencia. Está claramente demostrado que el 80% de los adolescentes no pasan por un periodo tumultuoso, se llevan bien con sus padres y familiares, les gusta estudiar y trabajar y se interesan por los valores sociales y culturales de su entorno.
- “*La adolescencia es un periodo de gran emotividad descontrolada*”. Los estudios no han mostrado diferencia alguna con la emotividad de los niños. Sí se detecta que, cuanto mayor es el adolescente más negativo es su estado de ánimo, lo que puede deberse a las obligaciones y responsabilidades escolares y laborales crecientes.
- “*El pensamiento de los adolescentes es irracional e infantil*”. Desde los trabajos de Piaget⁽⁴⁾, sabemos que en la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al pensamiento abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez. Sobre

los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, y a los 15-16 el desarrollo moral, el saber lo que está bien y mal.

Gracias a los trabajos de Giedd (2004)⁽⁵⁾, se sabe que hasta los 25-30 años no se alcanza el desarrollo completo de los mecanismos neurofisiológicos de la corteza prefrontal, gracias a lo cual, se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer: la maduración definitiva. Esto explica la implicación del joven, hasta ese momento, en conductas de riesgo. A diferencia del adulto, que tiene el lóbulo frontal totalmente desarrollado (conexión de la parte emocional con la racional, originando una respuesta adecuada), un adolescente puede dejarse llevar por el primer impulso emocional de ira (amígdala) ante un compañero que le insulta y empezar una pelea, o adoptar diferentes conductas de riesgo.

En definitiva, esta etapa se caracteriza: por un desarrollo emocional progresivo, más que por una ruptura con lo anterior; por la inestabilidad emocional, más que por un trastorno; y por la formación gradual de la identidad, más que por una crisis de incapacidad y armonía generacional. Si no se tiene en cuenta que estas creencias no son ciertas, se corre el riesgo de no identificar a tiempo lo que realmente es patológico, evitando el tratamiento adecuado lo antes posible.

Fisiología de la pubertad

Los cambios hormonales durante la pubertad son debidos a la interacción entre SNC, hipotálamo, hipófisis, gónadas y suprarrenales con la influencia de factores genéticos y ambientales.

El inicio de la pubertad está marcado por el inicio de la secreción pulsátil de las gonadotropinas (LH y FSH) y de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), siendo el resultado de la interacción de variables genéticas (70-80%) y de factores reguladores (20-30%): alimentación, disruptores endocrinos, ciclos luz-oscuridad, lugar geográfico, estímulos psíquicos y sociales... Los cambios hormonales son debidos a la interacción entre SNC, hipotálamo, hipófisis, gónadas y también suprarrenales^(6,7).

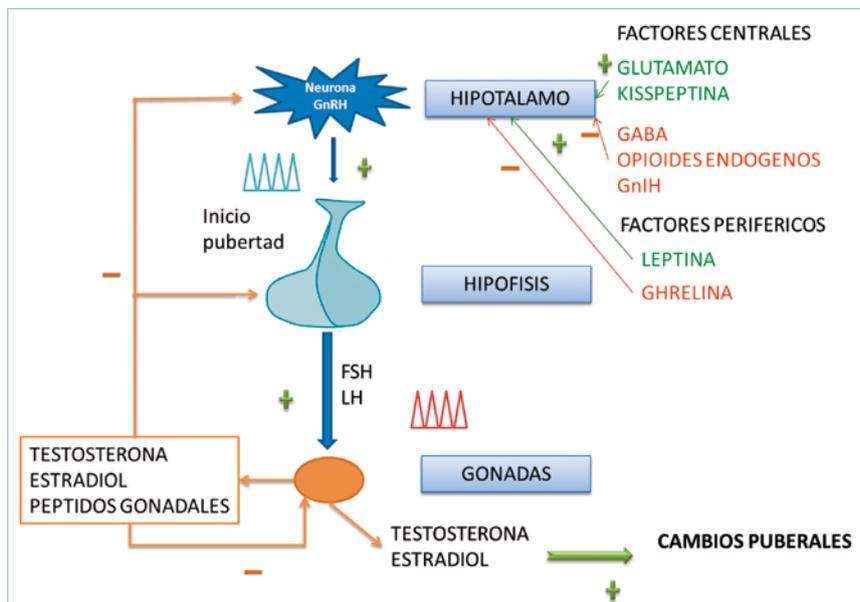


Figura 1. Eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. La secreción pulsátil de GnRH inicia la pubertad.

Eje hipotálamo-hipófiso-gonadal

En la infancia, la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH) están inhibidas por acción de una supresión activa de la secreción de GnRH.

Genética

El inicio de la pubertad está regulado por una red nodal de genes, que regula los cambios en los circuitos neuronales del núcleo arcuato del hipotálamo. Estos cambios son⁽⁸⁾:

- **Cambios transinápticos:**
 - Aumento de los estímulos excitatorios de las neuronas secretoras de GnRH: vía glutamato y vía kisspeptina.
 - Disminución de los estímulos inhibitorios: por neuronas gabaérgicas, neuronas productoras de sustancias opioides y neuronas productoras de péptido relacionado con Rfamide (ortólogo mamífero del péptido inhibidor de gonadotropinas [GnIH])⁽⁷⁻⁹⁾.
- **Cambios en células gliales:** las células gliales contribuyen a la activación de la secreción de GnRH por dos mecanismos:
 - A través de la liberación de factores de crecimiento, que actúan sobre receptores de las neuronas productoras de GnRH (factor de crecimiento transformador tipo

b [TGFb], factor de crecimiento epidérmico [EGF] y factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 [IGF-1]).

- A través de cambios en la adhesividad de las células gliales sobre las neuronas productoras de GnRH^(7,8).

Epigenética

Existen factores externos que influyen en el momento de inicio puberal, como son: nutrición, ejercicio, estrés, factores sociales y psicológicos, ritmo circadiano y horas de luz o disruptores endocrinos ambientales, fundamentalmente pesticidas⁽⁸⁾.

La GnRH induce, en las células gonadotropas hipofisarias, la síntesis y liberación pulsátil de las gonadotropinas hipofisarias, LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona foliculo-estimulante), que actúan en la gónada para inducir la maduración de las células germinales (óvulos o espermatozoides) y la producción de esteroides sexuales, así como de otros péptidos gonadales (inhibinas, activinas, follistatina...) y otras hormonas circulantes (leptina...), que ejercen, a través de mecanismos de retrocontrol, acciones estimulantes e inhibitoras a diferentes niveles del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal (Fig. 1).

La testosterona en el varón y el estradiol en la mujer son los responsables del desarrollo de los caracteres sexuales

secundarios y ejercen un retrocontrol negativo en hipotálamo e hipófisis.

Al inicio de la pubertad, LH y FSH son liberadas de forma pulsátil, durante la noche y, posteriormente, según avanza la pubertad durante todo el día.

Suprarrenales

La adrenarquía o maduración de las suprarrenales (aparición de vello púbico y/o axilar) se produce entre los 6-8 años de edad ósea. En general, se inicia unos 2 años antes que el aumento de los esteroides gonadales y es independiente del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal⁽¹⁰⁾.

Eje hipotálamo-hipófiso-somatomedínico

En la pubertad, se produce la activación de este eje, dando lugar a un aumento en la producción en el hipotálamo de GHRH y en la hipófisis de GH, lo que, a su vez, aumenta los niveles de IGF-I e IGFBP-3. Este incremento se produce antes en las mujeres que en los hombres⁽¹⁰⁾.

Relación entre el estado nutricional y la pubertad

Desde siempre era conocida la relación entre el estado de nutrición y el inicio de la pubertad. Existe una relación muy estrecha entre metabolismo y reproducción, debido a las señales periféricas que informan del estado nutricional del organismo al cerebro. De tal forma que la obesidad se relaciona con adelanto puberal y la desnutrición con retraso puberal⁽¹¹⁾. Se ha visto que la leptina, hormona sintetizada en el tejido adiposo, tiene un papel favorecedor del desarrollo puberal, por su acción a nivel de las neuronas productoras de kisspeptina⁽¹²⁾. El péptido ghrelina, factor orexígeno secretado en las células oxínticas del estómago, parece que inhibe la secreción de gonadotrofinas. La leptina aumenta durante la pubertad y la ghrelina disminuye.

Actualmente, se están estudiando las niñas con el antecedente de nacidas pequeñas para la edad gestacional (PEG) y, especialmente, las que experimentaron un rápido crecimiento recuperador y ganancia ponderal, parece que están más expuestas a presentar adrenarquía prematura, adelanto puberal y síndrome de ovario poliquístico, aunque son necesarios más estudios.

Crecimiento y maduración física

Los cambios físicos en la pubertad son: aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios de la composición corporal con el desarrollo de órganos y sistemas, adquisición de la masa ósea, así como la maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios).

Crecimiento y desarrollo puberal

El comienzo y la progresión de la pubertad varían, como ya se ha comentado, de un adolescente a otro, con un amplio rango de normalidad.

En los últimos 150 años, la pubertad se ha ido iniciando a edades cada vez más tempranas –tendencia secular del crecimiento y desarrollo–, lo que se ha relacionado con las mejoras de las condiciones de vida, como la nutrición, y parece haberse atenuado en las dos últimas décadas del siglo XX⁽¹³⁾.

En el estudio longitudinal de la Fundación Andrea Prader, realizado en Aragón entre 1982-2002, la edad de inicio del desarrollo mamario era de 10,6 ± 1,0 años, la edad media de inicio del desarrollo testicular de 12,3 ± 1,1 años, y la edad media en la cual se presenta la menarquia entre 12,7 ± 0,9 años⁽¹⁴⁾.

Existe una desaceleración del crecimiento que precede al pico de máxima velocidad de crecimiento, y que suele acontecer entre los 12 y 13 años en las chicas y entre los 14 y 15 años en los chicos. El crecimiento puberal supone del 20 al 25% de la talla adulta definitiva. En ambos sexos, durante el segundo año del estirón es cuando el incremento es mayor, de 5,8 a 13,1 cm en los chicos y de 5,4 a 11,2 cm en las chicas. Cada persona tiene su propio patrón de desarrollo, cuanto más precoz es la edad de comienzo de la pubertad, la ganancia de talla durante la pubertad es mayor.

Este crecimiento puberal no es armónico, sino que se crece por “segmentos”, con crecimiento inicial del segmento inferior (extremidades inferiores) y con un orden de crecimiento de distal a proximal, crecen primero los pies. La talla definitiva, se alcanza entre los 16-17 años en las chicas, puede retrasarse hasta los 21 años en los chicos^(1,2,14,15).

Cambios de la composición corporal y desarrollo de órganos y sistemas

El aumento de peso durante el estirón puberal llega a suponer alrededor del 50% del peso ideal del adulto. Las chicas acumulan más grasa que los chicos y, en estos, predomina el crecimiento óseo y muscular, produciendo al final del crecimiento un cuerpo más magro. En la edad adulta, los hombres tienen un porcentaje de grasa entre el 12-16%, mientras que las mujeres del 18-22%.

Durante esta época, se produce aumento de los diferentes órganos (corazón, pulmones, hígado, bazo, riñones), se ensancha la pelvis en las mujeres y los hombros en los varones, aumenta la fosfatasa alcalina según el grado de maduración del individuo y se produce un aumento de los glóbulos rojos y la hemoglobina en los varones, debido a que la testosterona estimula la secreción de factores eritropoyéticos renales^(1,2,14).

Se pensaba que, para la adolescencia inicial, el cerebro había logrado ya casi su tamaño de adulto, hoy sabemos desde los trabajos Giedd (2004)⁽⁵⁾, que el cerebro madura de forma intermitente de la parte posterior a la anterior y no completa su maduración hasta los 25-30 años; depende de tres procesos:

1. El rápido crecimiento neuronal-glial y la formación de nuevas conexiones sinápticas.
2. La eliminación selectiva o poda de las sinapsis menos eficientes (lo que no se usa se elimina).
3. La mielinización de los axones para facilitar y hacer más rápida la transmisión neuronal entre las diferentes partes del sistema nervioso, lo cual no se completa hasta los 25-30 años.

Se ha observado que, las zonas del cerebro adolescente que buscan la recompensa se desarrollan antes que las zonas relacionadas con la planificación y el control emocional (corteza prefrontal). Lo cual significa que la experimentación, exploración y asunción de riesgos durante la adolescencia son más de carácter normativo que patológico. También, sabemos que el cerebro adolescente tiene una gran capacidad de cambiar y adaptarse. Eso implica que existen posibilidades reales de mejorar situaciones negativas que se produjeron en los primeros años de la vida.

Adquisición de la masa ósea (MO)

La mineralización ósea está determinada por la interacción de factores genéticos, ambientales y hormonales. Cada individuo tiene un potencial genético de desarrollo de la MO, que solo se alcanza plenamente si los factores ambientales, como la actividad física y la nutrición con aporte de calcio, son óptimos. En los sujetos sanos, la MO crece durante la infancia con un máximo durante la fase de adolescencia precoz e intermedia y se enlentece en la adolescencia tardía, alcanzando el pico de masa ósea al final de la adolescencia. Un adecuado desarrollo óseo logrando un apropiado pico de masa ósea es fundamental para evitar la osteoporosis y la osteopenia en edades posteriores de la vida⁽²⁾.

Maduración sexual

Los cambios más llamativos tienen lugar en la esfera sexual y se culminan con la adquisición de la fertilidad. La edad cronológica tiene poca correlación con la maduración sexual y el crecimiento puede ser muy variable; por ello, es necesario conocer en todo adolescente, el índice de maduración sexual, que se evalúa mediante los estadios de Tanner (1962) y se basa en el desarrollo de los órganos genitales y caracteres sexuales secundarios (Figs. 2 y 3). Esto permite diferenciar la pubertad normal de la patológica^(1,2,15).

El primer signo de desarrollo puberal en las chicas es el aumento del botón mamario, que puede iniciarse entre los 8-13 años, junto con aumento de la velocidad de crecimiento y acontece a una edad ósea de 11 años. Antes de los 8 años hablamos de pubertad precoz y después de los 13 de pubertad tardía.

El pico de máxima velocidad de crecimiento ocurre relativamente pronto (Tanner II-III), mientras que la menarquía es un evento tardío, suele presentarse unos dos años tras la telarquia y señala, en general, la disminución del crecimiento. En el 60% de las chicas ocurre en el estadio IV de Tanner. La edad media en España es de 12,7±0,9 años. La mejor referencia sobre su inicio es la edad de la menarquía de la madre y hermanas. El crecimiento tras la menarquía puede ser variable entre 4,3 cm (P10) y 10,6 cm (P90), media de 7 cm. La duración media de la pubertad

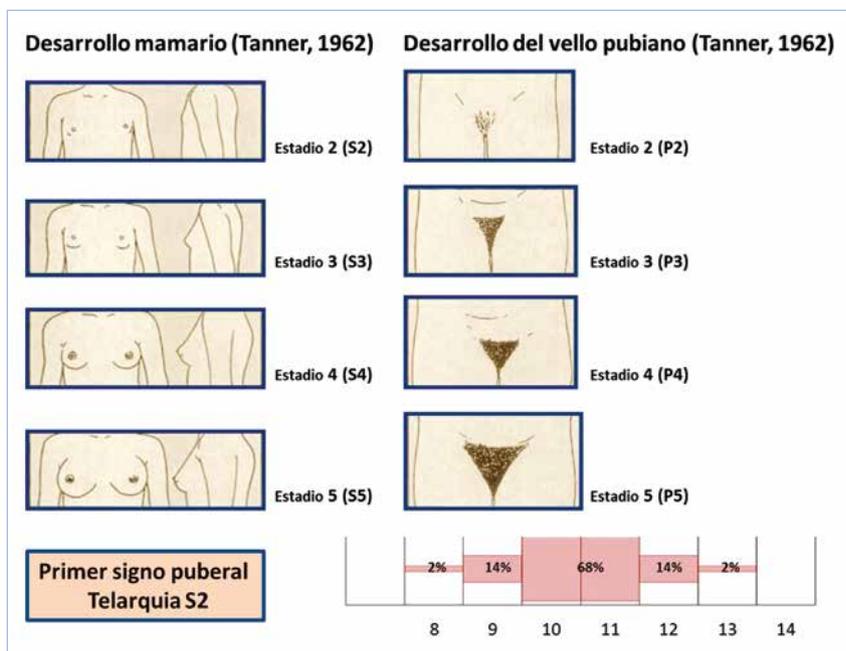


Figura 2. Estadios puberales en la mujer. (Modificado de Muñoz Calvo MT, Pozo Román J. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatr Integral*. 2011; XV(6): 507-18).

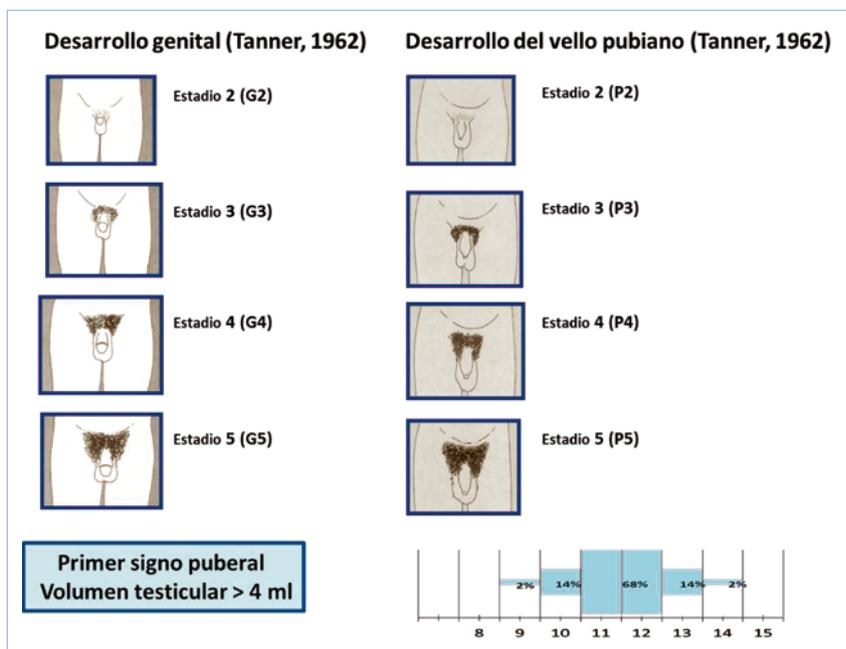


Figura 3. Estadios puberales en el varón. (Modificado de Muñoz Calvo MT, Pozo Román J. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatr Integral*. 2011; XV(6): 507-18).

en las chicas es de 4 años (rango 1,5-8 años) (Fig. 4).

En los varones, la pubertad puede suceder dos años más tarde que en las chicas y, por ello, estas pueden parecer más maduras físicamente que sus compañeros.

El primer signo de desarrollo puberal en ellos es el aumento del volumen testicular, así como el enrojecimiento y

rugosidad de la bolsa escrotal que puede empezar entre los 9-14 años y acontece a una edad ósea de 13 años. Antes de los 9 años hablamos de pubertad precoz y después de los 14 de pubertad tardía. Un volumen de 4 ml (orquidómetro de Prader) o una longitud de 2,5 cm marcan el inicio puberal. Es seguido por el crecimiento del pene y la pubarquia.

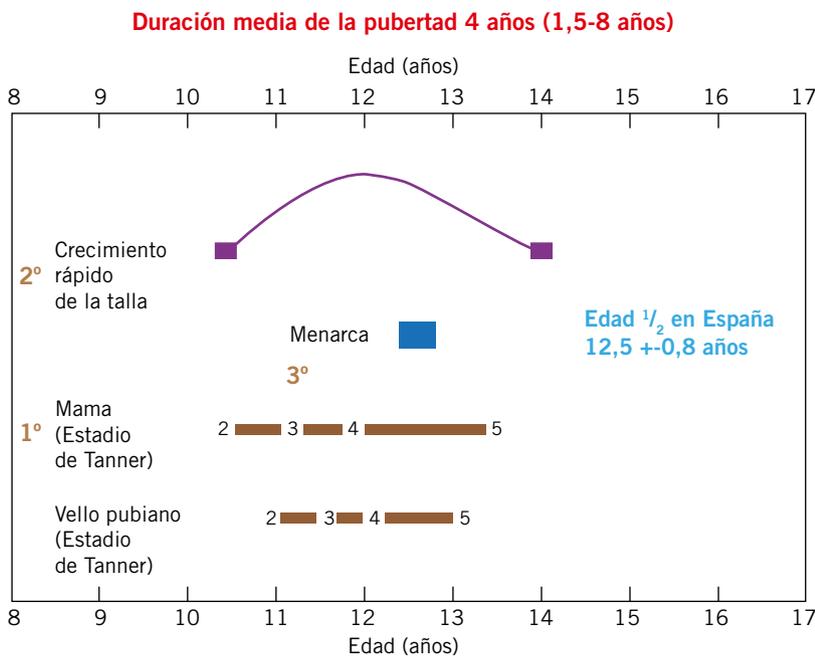


Figura 4. Secuencia de eventos puberales en las chicas.

El pico de máxima velocidad de crecimiento es tardío en los chicos (Tanner IV) al igual que el cambio de voz. La eyaculación se produce generalmente en el Tanner III, estando la fertilidad asociada al estadio IV. Un 65% presentan ginecomastia principalmente en el Tanner III-IV; la consistencia es firme, no adherida, algo molesta a la presión y menor de 4 cm. Se debe tranquilizar, ya que el 90% se resuelve en dos años. Si no se adapta a las características descritas habrá de estudiarse. La duración media

de la pubertad en los chicos es de 3 años (rango 2-5 años) (Fig. 5).

Variantes del desarrollo puberal normal

En las variantes del desarrollo puberal normal, se incluyen: la adrenarquia prematura idiopática, la telarquia prematura aislada, la pubertad adelantada, el retraso constitucional del crecimiento y de la pubertad, así como la ginecomastia.

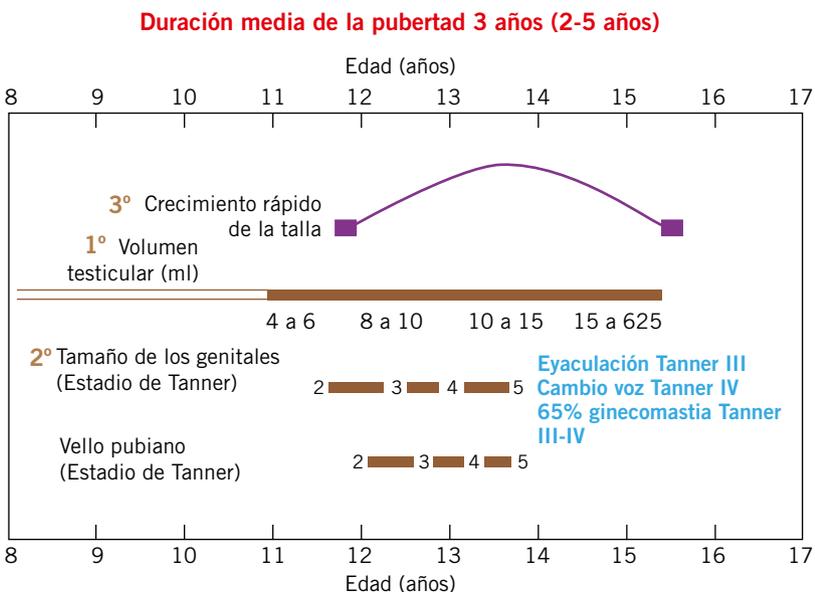


Figura 5. Secuencia de eventos puberales en los chicos.

Adrenarquia prematura idiopática

Adrenarquia prematura es la aparición de vello púbico y/o axilar y/o aumento del olor corporal (olor apocrino) antes de los 8 años en niñas y de los 9 años en niños⁽¹⁶⁾. Tiene un claro predominio femenino (relación 9:1) y se caracteriza por ser un fenómeno independiente de la pubertad. No se acompaña de la aparición de otros signos puberales. La talla puede estar por encima de la talla genética, pero sin aumento brusco del crecimiento, también es frecuente un discreto adelanto de la edad ósea. Se debe a una maduración temprana de la glándula suprarrenal, con un aumento de la producción de dehidroepiandrosterona sulfato. Algunos estudios han mostrado mayor prevalencia de adrenarquia prematura en niñas con antecedentes de bajo peso para la edad gestacional. La adrenarquia prematura idiopática no requiere tratamiento, pero se debe descartar la existencia de hiperplasia suprarrenal congénita forma no clásica o de tumores productores de andrógenos (origen ovárico o suprarrenal).

Telarquia prematura aislada

Es el desarrollo mamario uni o bilateral antes de los 8 años, sin evidencia de otros signos de pubertad⁽¹⁷⁾. Es relativamente frecuente, con una incidencia aproximada de hasta 21,2 casos por 100.000/año. En general, aparece antes de los 2 años y tiende a la regresión espontánea. Existe pico de presentación entre los 5 y 7 años, en estos casos, se ha descrito mayor probabilidad de evolucionar a un cuadro de pubertad precoz central. Existen diferentes teorías sobre su etiología: activación transitoria parcial del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal con aumento de FSH; fallo de la involución folicular con o sin formación ovárica quística; sensibilidad excesiva del tejido mamario a la misma cantidad de estrógenos; y contaminantes ambientales (disruptores endocrinos) con actividad estrogénica. En telarquias exageradas, se debe descartar la existencia de formas incompletas del síndrome de McCune-Albright.

La telarquia prematura aislada suele ser un proceso autolimitado que tiende a la regresión espontánea. No requiere tratamiento, aunque es recomendable realizar seguimientos periódicos hasta la desaparición de la misma

Pubertad adelantada

Se considera cuando el desarrollo puberal se inicia entre los ocho y los nueve años en las niñas y entre los nueve y diez años en los niños, y es una variante de la normalidad⁽¹⁸⁾. La etiología puede variar:

- Aceleración constitucional del crecimiento y desarrollo: son niños/niñas con antecedentes familiares de pubertad temprana, su talla se sitúa en percentiles elevados de talla (>percentil 90-97), generalmente, por encima de la talla genética, con adelanto de la maduración ósea, con velocidad de crecimiento en percentiles elevados para edad y sexo de las tablas de referencia. Terminan su crecimiento antes que el resto y suelen alcanzar una talla acorde con la talla genética.
- Antecedente de PEG: conviene revisar periódicamente en estos pacientes la posible aparición de adelanto puberal.
- Adopción: las niñas adoptadas presentan mayor riesgo de pubertad precoz y pubertad adelantada que las niñas autóctonas del país.
- Obesidad: entre las niñas hay mayor riesgo de adelanto puberal, sobre todo en las que engordan a partir de los 6 años de edad

Estos pacientes no precisan tratamiento, ya que no hay evidencia de que frenar la pubertad pueda mejorar la talla adulta. Sí hay evidencia de que el brote puberal es mayor cuando se realiza antes.

Retraso constitucional del crecimiento y pubertad (RCCP)

Se manifiesta en las chicas por ausencia de telarquía, a partir de los 13 años y, en los chicos, por no objetivarse incremento del tamaño testicular (≥ 4 ml), a partir de los 14 años. Es una variante de la normalidad que constituye la causa más frecuente de retraso puberal, aproximadamente un 65% de los casos en niños y un 35% de las niñas⁽¹⁹⁾. En su etiología, destaca el componente genético (hasta en un 75% de las ocasiones existen antecedentes familiares).

Estos niños presentan unos datos antropométricos perinatales normales, con posterior desaceleración de la velocidad de crecimiento, en general, a

partir de los 18 meses de vida, que les hace situar su talla por debajo del percentil tres o marcadamente por debajo de su talla genética, entre los dos y tres años de edad. Posteriormente, su velocidad de crecimiento es normal, hasta la edad en que se inicia normalmente la pubertad, donde vuelven a presentar una desaceleración de la velocidad de crecimiento, porque no inician el brote puberal. Presentan retraso de la edad ósea y un brote puberal tardío. En la mayoría de casos, suelen alcanzar su talla genética.

Ginecomastia puberal

Es el crecimiento de la glándula mamaria uni o bilateral en varones en fase de desarrollo puberal. Ocurre hasta en el 50-60% de los varones, principalmente en los estadios III y IV de Tanner. Se debe a un desequilibrio entre la acción estimuladora de los estrógenos y la inhibidora de los andrógenos, con un aumento del cociente estrógenos/andrógenos. Tiene una asociación familiar. En general, el diámetro es menor de 4 cm y se debe diferenciar de la adipomastia. Si la evolución es menor de 2 años, suele existir hiperplasia ductal e inflamación. Posteriormente, aparecerá fibrosis⁽²⁰⁾.

Si la ginecomastia aparece fuera de la pubertad, se debe descartar la existencia de enfermedades crónicas (tiroideas, hepáticas, renales) hipogonadismos, tumores, toma de fármacos o exposición a estrógenos.

La ginecomastia puberal no precisa tratamiento y se debe tranquilizar al joven. La evolución es a la resolución espontánea en 2-3 años. Se deben realizar controles clínicos hasta su desaparición.

Si el tamaño de la ginecomastia o la repercusión sobre el adolescente es importante, sería aconsejable tratar. El tratamiento médico con agentes bloqueadores de los receptores de estrógenos, como el tamoxifeno a dosis de 10-12 mg al día, es útil para disminuir el tamaño, si lleva poco tiempo de evolución.

El tratamiento quirúrgico está indicado cuando no regresa espontáneamente y el tamaño produce afectación psicológica. Si es posible, se debe esperar a que los testes alcancen el volumen adulto para evitar recidivas.

Aspectos psicosociales durante la adolescencia

Los objetivos psicosociales a conseguir durante la adolescencia son: adquirir la independencia, la aceptación de la imagen corporal, establecer relaciones con los amigos y lograr la identidad.

Aparte del importante crecimiento y desarrollo, los objetivos psicosociales a conseguir y que caracterizan todo el desarrollo del adolescente son los siguientes^(1,2) (Tabla I).

Adquisición de la independencia del medio familiar

Durante la fase temprana de la adolescencia, existe un menor interés en las actividades paternas y un mayor recelo a la hora de aceptar sus consejos o críticas. Se produce un vacío emocional que puede crear problemas de comportamiento, en ocasiones, manifestado por una disminución del rendimiento escolar. Hay una búsqueda de otras personas a quienes amar. El comportamiento y el humor son inestables. En la adolescencia media, aumentan los conflictos con los padres y se dedica más tiempo a los amigos. Al final de la adolescencia, el joven se integra de nuevo en la familia y es capaz de apreciar mejor los consejos y los valores de sus padres. Algunos adolescentes dudan a la hora de aceptar las responsabilidades de la madurez, tienen dificultades para conseguir la independencia económica y continúan dependiendo de su familia y amigos.

Toma de conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo

Durante la fase temprana, debido a los cambios físicos puberales, el adolescente experimenta una gran inseguridad sobre sí mismo (se siente extraño dentro del nuevo cuerpo), lo que le genera preocupación respecto a su apariencia y atractivo y hace que se pregunte continuamente si es normal. Se compara a menudo con otros jóvenes y experimenta un creciente interés sobre la anatomía y fisiología sexual. Durante la fase media, se va produciendo la aceptación de su cuerpo, con intentos de hacerlo más atractivo. Debido a la influencia social, en esta etapa pueden aparecer trastornos alimentarios. En la adolescencia tardía, se ha completado el crecimiento y desa-

Tabla I. Adquisición de objetivos psicosociales durante la adolescencia

	<i>Adolescencia inicial</i>	<i>Adolescencia media</i>	<i>Adolescencia tardía</i>
Independencia	< Interés por padres Comportamiento/humor inestables	> Conflicto con los padres, más tiempo amigos	Reaceptación consejos/valores paternos Dudas aceptar
Imagen corporal	Preocupación por el cuerpo. ¿Soy normal? Inseguridad Comparación	Aceptación del cuerpo Hacerle atractivo (TCA)	Aceptación cambios Imagen preocupa si anomalía
Amigos	Relaciones con amigos = sexo (+ o -). Sentimientos ternura, miedos	> Integración amigos, conformidad reglas, valores... separar familia R. heterosexuales... CR.	< Importancia grupo < Experimentación > Relaciones íntimas
Identidad	> Capacidad cognitiva Autointerés y fantasías Objetivos idealistas Intimidad Sentimientos sexuales No control de impulsos	> Capacidad intelectual > Sentimientos (otros) Notan sus limitaciones Omnipotencia... Conductas de riesgo	P. Abstracto establecido Objetivos realistas Valores morales, religiosos, sexuales Comprometerse y establecer límites

TCA: trastorno del comportamiento alimentario; CR: conductas de riesgo, (+o -) aspectos positivos (deporte, relaciones...) y negativos (implicarse en conductas arriesgadas); P. abstracto: pensamiento abstracto.

rollo puberal, y los cambios han sido aceptados. La imagen solo preocupa si se ha producido alguna anomalía.

Relación con amigos y se establecen las parejas

En la fase temprana de la adolescencia, existe un gran interés por los amigos del propio sexo, cuyas opiniones adquieren gran relevancia, en detrimento de las de los padres. Esto puede suponer un estímulo positivo (interés por el deporte, lectura...) o negativo (alcohol, drogas...). Sienten ternura hacia sus iguales, lo que puede llevarles a tener sentimientos, miedos o relaciones homosexuales. En la adolescencia media, es muy poderoso el papel de los amigos. Se produce una intensa integración del adolescente en la subcultura de los amigos, de conformidad con sus valores, reglas y forma de vestir, en un intento de separarse más de la familia. También, se produce una integración creciente en relaciones heterosexuales y en clubes (deporte, pandillas...). En la fase tardía de la adolescencia, el grupo va perdiendo interés. Hay menos exploración y experimentación, y se emplea más tiempo en establecer relaciones íntimas; se forman las parejas.

Establecimiento de una identidad sexual, vocacional, moral y del yo

En la fase precoz, al mismo tiempo que se producen cambios físicos rápi-

dos, empieza a mejorar la capacidad cognitiva del adolescente, que evoluciona desde el pensamiento concreto al pensamiento abstracto flexible, lo que da lugar a un creciente autointerés y fantasías. Se establecen objetivos vocacionales irreales o ideales (por ejemplo, convertirse en estrella del rock, modelo, piloto...). Tiene una mayor necesidad de intimidad (escribir su diario), emergen los sentimientos sexuales, existe una falta de control de impulsos que puede derivar en desafío a la autoridad y un comportamiento arriesgado. En la adolescencia media, van aumentando la capacidad intelectual y la creatividad, y amplían el ámbito de los sentimientos, con una nueva capacidad para examinar los sentimientos de los demás. Tienen menos aspiraciones idealistas (notan sus limitaciones y pueden sentir baja autoestima y depresión). También aparecen los sentimientos de omnipotencia e inmortalidad, que pueden llevar al adolescente a conductas arriesgadas (accidentes, drogadicción, embarazos, infecciones de transmisión sexual, suicidios...). En la adolescencia tardía, el pensamiento ya es abstracto y con proyección de futuro, y se establecen unos objetivos vocacionales prácticos y realistas. Se delimitan los valores morales, religiosos y sexuales, y se establece la capacidad para comprometerse y establecer límites. Se produce la independencia económica.

Así como el inicio de la pubertad sucede 1-2 años antes en las mujeres, también los cambios psicosociales y emocionales acontecen 1-2 años antes que en los varones. Se debe tener presente que cuando se llega a la adolescencia, las bases del desarrollo ya están asentadas. Los modelos vinculares que hayan adquirido durante sus experiencias de primera infancia van a guiar su búsqueda de otros referentes vinculares y afectivos. Existe un amplio rango de normalidad en la conducta y desarrollo psicosocial del adolescente y se tendrá en cuenta que lo que es normal en un estadio puede no serlo en otro; así, un adolescente en la fase tardía, no debería tener dificultades para ser independiente de sus padres y amigos. La evaluación del joven se realizará examinando su funcionamiento en casa, escuela, con los amigos y si ha ido adquiriendo sus objetivos con el apoyo del entorno. Si esto no ha sido así, pueden desarrollarse problemas de personalidad, comportamiento, depresión, ideas suicidas...

Se debe tener presente que la adolescencia no es una época de "psicopatología normal"; los problemas psicológicos y del comportamiento de los jóvenes deben ser tratados con la misma gravedad que los de niños y adultos. El "ya se le pasará, es propio de la edad" no es una respuesta adecuada por parte de los profesionales sanitarios.

Influencias socioculturales. Factores de riesgo y protección

El adolescente actual no es ni mejor ni peor que en otras épocas pasadas, su comportamiento es reflejo de la sociedad en la que le ha tocado vivir. Muchos de sus problemas de salud son prevenibles y su atención no está adecuadamente organizada. Es necesario prevenir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección o resiliencia.

Actualmente, cerca del 80% de los más de 1.500 millones de jóvenes del mundo de entre 10 y 24 años viven en países en desarrollo.

El adolescente es reflejo de la sociedad en que está inmerso y es evidente que el entorno y la familia han cambiado de forma radical en las sociedades actuales del bienestar. Los jóvenes son consumidores de moda y tecnología (ropa, cirugía, móviles, vehículos) con nuevas formas de ocio y entretenimiento (botellón, internet, drogas, explotación de su cuerpo). La cultura del ocio, el hedonismo y el egocentrismo han sustituido al esfuerzo personal. Su comportamiento en casa ha cambiado (aislamiento, redes sociales). El tamaño y la estructura de los hogares se ha modificado: las personas viven más, tienen menos hijos y más tardíos, se ha reducido el tamaño de las familias, se ha incorporado la madre al trabajo, los padres son más permisivos, han aumentado las separaciones y aparecen nuevas formas familiares (monoparentales, unipersonales, parejas sin hijos, homosexuales, etc). La familia, que es el principal apoyo del joven, es una estructura social y cultural en crisis. Todo ello conlleva importantes repercusiones para el desarrollo y la salud integral del adolescente.

Según el Instituto Nacional de Estadística, en enero 2016, el número de adolescentes en nuestro país entre los 10-21 años era de 5.400.408, constituyendo el 11,6% de la población total. En los últimos 50 años, ha disminuido la mortalidad en todas las franjas de edad excepto en la adolescencia y juventud, siendo las causas prevenibles en un alto porcentaje. Los accidentes y actos violentos constituyen la principal causa de muerte. El 60% de los accidentes de tráfico suceden en el fin de semana y con alcoholemias

positivas en el 40% de ellos. El 15-20% de los jóvenes entre 14-18 años reconocen haber viajado alguna vez en vehículos conducidos por personas bajo los efectos del alcohol o drogas^(21,22).

Los problemas y enfermedades de los adolescentes son consecuencia de: su desarrollo psicológico y social (trastornos mentales y conductas de riesgo: accidentes, violencia, drogas, sexo irresponsable, trastornos alimenticios, tecnologías de la información y comunicación [TICs]...); de su desarrollo biológico (escoliosis, acné, dismenorrea, Osgood Schlatter...); enfermedades infecciosas, como en otras épocas de la vida; patologías del adulto, que pueden ser detectadas de forma asintomática durante esta etapa (hipertensión, hiperlipidemia, obesidad, diabetes); y

enfermedades crónicas, de las cuales en el pasado se fallecía antes de llegar a la adolescencia (cánceres, cardiopatías congénitas o enfermedades crónicas como, por ejemplo, la fibrosis quística del páncreas).

Por todo lo anterior, es necesario prevenir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección o resiliencia.

Jessor, en 1977, definió factores de riesgo como: las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que señalan una mayor probabilidad de comprometer la salud, calidad de vida y la vida misma, mientras que los factores protectores son los opuestos, ya que promueven un desarrollo exitoso. Los factores protectores que se exponen en la (Tabla II) pueden

Tabla II. Factores de protección durante la adolescencia

Adolescente

Buena salud física y estado nutricional adecuado
Buena imagen corporal
Responsabilidad de hábitos de salud apropiados
Actividad física adecuada
Buena relación con sus compañeros
Habilidades sociales
Experimentar esperanza, alegría, éxito y amor
Elevada autoestima
Manejar el estrés de la angustia
Autonomía apropiada a su edad
Desarrollo de la identidad personal e independencia
Conducta sexual responsable
Respetar los derechos y las necesidades de los otros
Establecer metas educacionales y vocacionales
Establecer un sistema de valores

Familiares

Proveer necesidades básicas: comida, hogar, ropa, seguridad, etc.
Entender los cambios emocionales de la adolescencia
Estimular las actividades que favorecen la autoimagen del adolescente
Dedicar tiempo al adolescente y hacerle sentirse querido
Premiar los logros
Favorecer el desarrollo de amistades
Reconocer el cambio de papel del adolescente y de los padres
Dar educación sexual
Estimular la independencia y la responsabilidad del adolescente
Desarrollar equilibrio entre apoyo, tolerancia y límites apropiados
Apoyar sus metas educacionales y vocacionales
Proveer un sistema de valores y modelos

Comunidad

Proveer oportunidades educacionales y vocacionales de calidad
Proveer actividades para adolescentes: recreativas, educacionales, deportivas y sociales
Dar apoyo a las familias con necesidades especiales
Legislación que proteja a los adolescentes
Ofrecer servicios integrales de salud y educación diferenciados para adolescentes
Medioambiente libre de riesgos (tóxicos, violencia, polución, seguridad vial, etc.)

contrarrestar los efectos de los factores y conductas de riesgo y estimular otros factores protectores; por lo tanto, reducen la vulnerabilidad.

La palabra *resiliency* o *resiliency* fue incorporada por Rutter en 1985. Es un término inglés, procedente de la física, y es el número que caracteriza la fragilidad de un cuerpo (resistencia a los choques). Aplicado a las ciencias de la salud, es la capacidad humana —características o condiciones personales y del entorno— de enfrentarse a la adversidad, superarla y salir fortalecido de ella. Se ha definido, como adolescentes resilientes, a aquellos que al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo tienen la capacidad de utilizar factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables. Permite explicar por qué jóvenes en situaciones muy adversas (familiares, drogadicción, marginalidad...) consiguen superar los problemas sin secuelas e incluso tener éxito en la vida.

A pesar de todos los problemas que acechan a los adolescentes, su atención en nuestro país no está adecuadamente organizada, lo que nos sitúa a la cola en la atención a esta población en comparación con la atención prestada en EE.UU., Sudamérica y otros países europeos. Faltan profesionales preparados y formados para organizar su atención integral, instalaciones adecuadas, recursos escolares y comunitarios, así como establecer servicios preventivos y de tratamiento. Son necesarios también programas de transición para ayudar en el paso del cuidado médico del pediatra al cuidado médico de adultos y que el joven llegue a la edad adulta con el menor número de complicaciones y la mejor calidad de vida.

Papel del pediatra. Conocer el desarrollo integral del adolescente

Para conocer si es adecuado el desarrollo puberal y la evolución psicológica y social durante la adolescencia, es fundamental realizar una buena historia clínica y un completo examen físico. Es necesaria también la ayuda del entorno.

Anamnesis

En la entrevista con el adolescente se tendrá en cuenta de forma importante la confidencialidad, privacidad y establecer una buena relación de confianza con el joven, escuchando y observando (lenguaje no verbal). Importante la ayuda del entorno (familia, escuela).

- Además del motivo de consulta, se abordaran todos los aspectos de la vida del adolescente. **El acrónimo FACTORES** (familia, amigos, colegio, tóxicos, objetivos, riesgos, estima y sexualidad) nos ayudará a recordar los aspectos a investigar.
- **Preguntar sobre su desarrollo psico-social:** independencia/imagen corporal/amigos/y su identidad sexual, vocacional, moral y del yo.
 - Independencia de los padres: relaciones en casa, problemas, confianza...
 - Sobre su imagen corporal: cómo se ve, si le preocupa alguna parte de su cuerpo, si toma alguna medicación o hace algo raro con la alimentación...
 - Amigos: si es sociable, dificultad para relacionarse, que tal en el colegio (estudios, relaciones) si tiene pareja...
 - Identidad: sentimientos, ánimo, valores, problemas y conductas de riesgo (drogas, sexo, tecnologías de la información y comunicación...).
- **Antecedentes personales:** embarazo, parto, datos antropométricos al nacer. Si hay antecedente de RN PEG, cómo fue el crecimiento, si precisó tratamiento con hormona de crecimiento. Si es adoptado, si hubo fertilización in vitro, etnia. Si existe patología crónica. Valoración nutricional, actividad física, si hay distorsión de la imagen corporal.
- **Antecedentes familiares:** valorar consanguinidad, etnia. Talla de los padres. Datos del desarrollo de los padres (menarquia madre, afeitado del padre). Si hay antecedente en mujeres de ovario poliquístico o de hirsutismo.
- **Describir la secuencia de aparición de los caracteres secundarios:**
 - *Chica:* ¿cuándo inició la telarquia, y si es uni o bilateral?, ¿cuándo apareció la pubarquia/axilarquia? Valorar la curva de crecimiento.

- *Chico:* ¿cuándo inició el aumento del tamaño testicular?, simetría de testículos, ¿cuándo aumentó el tamaño del pene?, ¿cuándo inició la axilarquia/pubarquia? Valorar la curva de crecimiento.

Examen físico completo

Teniendo en cuenta la intimidad y privacidad y dando un aire educacional, se recogerán:

- Peso (percentil, DE), talla (percentil, DE), IMC (percentil, DE), tensión arterial (percentiles), velocidad crecimiento...
- **Inspección: fenotipo, lesiones cutáneas** (acné, manchas café-leche...), vello, bocio, telarquia, pubarquia, adipomastia, aumento tamaño bolsa escrotal...
- **Palpación:** distinguir entre tejido glandular/adipomastia, tamaño y simetría testicular, bocio, megalias...
- Auscultación cardiopulmonar y examen completo.
- Es necesario describir el estadio puberal de Tanner (Figs. 1 y 2). En los varones, se debe valorar el tamaño testicular con el orquidómetro de Prader: < 4 ml, Tanner I; >= 4 ml, Tanner II; >= 8 ml, Tanner III, aunque lo marca el crecimiento de pene y vello; >= 12 ml, coincide con Tanner IV; y >= 18-20 ml, con Tanner V.

Conclusión

El profesional sanitario debe conocer los cambios biológicos y psicosociales durante la adolescencia, las variaciones dentro de la normalidad, así como cuáles son las necesidades de salud, los riesgos y las formas de enfermar del joven.

La mayoría de los problemas de la pubertad pueden seguirse en Atención Primaria; ya que, como hemos visto, no se necesitan pruebas especiales ni tratamientos específicos. La mayoría de los problemas psicosociales son prevenibles, por ello es esencial la detección precoz y las medidas preventivas sobre los factores de riesgo, promoviendo los factores de protección o resiliencia.

La atención al adolescente debe realizarse de forma integral; en muchas ocasiones, se precisará la ayuda de otros profesionales y el pediatra debe coordinarla con conocimiento, interés y profesionalidad.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.*** Carswell JM, Stafford DE. Normal physical growth and development. En: Neinstein LS, Gordon CM, Katzman DK, Rosen DS, Woods ER. Adolescent Health Care. A Practical Guide, 5.ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins. 2008; 3-26.
- 2.*** Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, eds. Medicina de la adolescencia. Atención integral, 2.ª ed. Majadahonda, Madrid: Ergon, 2012.
- 3.** Castells P, Silber J. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Barcelona. Ed Planeta 1998; pag. 363-371.
- 4.** Piaget J. The intellectual development of the adolescent. En: Adolescence: Psychological perspectives. New York: Basic Books, 1969.
- 5.*** Giedd JN. Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. Annals of the New York Academy of Sciences. 2004, 1021, 77-85.
- 6.** Basdemir D, Rogol AD. Maduración puberal. En: Argente Oliver J, Carrascosa Lezcano A, Gracia Bouthelier R, Rodríguez Hierro F, ed. Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia (2ª edición). Madrid: Doyma; 2000. p. 843-66.
- 7.** Ojeda SR, Dubay C, Lomniczi A, Kaidar G, Matagne Sandau US, et al. Gene networks and the neuroendocrine regulation of puberty. Mol Cell Endocrinol. 2010; 324: 3-11.
- 8.** Lomniczi A, Wright H, Ojeda SR. Epigenetic regulation of female puberty. Front Neuroendocrinol. 2015; 36C.
9. Soriano Guillen L. Pubertad normal y variantes de la normalidad. Pediatr Integral. 2015; XIX (6): 38.
- 10.** Muñoz Calvo MT, Pozo Román J. Pubertad normal y sus variantes. Pediatr Integral. 2011; 15: 507-18.
- 11.** Kaplowitz PB. Link between body fat and the timing of puberty. Pediatrics. 2008; 121: S208-17.
- 12.** Castellano JM, Tena-Sempere M. Metabolic regulation of Kisspeptin. Adv Exp Med Biol. 2013; 784: 363-83.
- 13.** Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon JP. The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. Endocr Rev. 2003; 668-93.
- 14.*** Ferrández Longas A. Estudio longitudinal de niños españoles normales desde el nacimiento hasta la edad adulta: datos antropométricos, puberales, radiológicos e intelectuales. Fundación Andrea Prader. ISBN 609-3217-6, Zaragoza. 2005; 1-259 (EPI).
- 15.** Tanner JM. Growth at adolescence. Oxford: Blackwell Scientific Publications Ltd; 1962. p. 37.
- 16.* Williams RM, Ward CE, Hughes IA. Premature adrenarhe. Arch Dis Child. 2012; 97: 250-4.
- 17.* Codner E, Román R. Premature thelarhe from phenotype to genotype. Pediatr Endocrinol Rev. 2008; 5: 760-5.
- 18.** Cassorla F, Codner E. Pubertad precoz y adelantada. En: Argente Oliver J, Carrascosa Lezcano A, Gracia Bouthelier R, Rodríguez Hierro F, ed. Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia (2ª edición). Madrid: Doyma; 2000. p. 867-81.
- 19.* Palmert MR, Dunkel L. Delayed puberty. N Engl J Med. 2012; 366: 443-53.
- 20.* López Siguero JP, Leiva Gea I. "Ginecomastia puberal" en: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, eds. Medicina de la adolescencia. Atención integral, 2.ª ed. Majadahonda, Madrid: Ergon, 2012. P 401-6.
- 21.** Hidalgo Vicario MI, Ceñal González-Fierro MJ, Güemes Hidalgo M. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. Medicine. 2014; 11(61): 3579-87.
22. Hidalgo MI, Garrido G, Hernández M. Health status and risk behavior of adolescents in the North of Madrid, Spain. J Adolesc Health. 2000; 27: 351-60.

Bibliografía recomendada

- Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, eds. Medicina de la adolescencia. Atención integral, 2.ª ed. Majadahonda, Madrid: Ergon, 2012. Este libro aborda las bases de los conocimientos necesarios para una adecuada atención integral del adolescente en los diferentes aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Por todo ello, se trata de un libro fundamental para los pediatras y médicos de familia que traten adolescentes, así como para todos los profesionales que les interese el mundo del adolescente.

Caso clínico

Motivo de consulta

Varón de 11 años y 11 meses de edad que acude a nuestra consulta por ginecomastia izquierda, desde aproximadamente un año antes, sin otra sintomatología asociada.

Antecedentes personales: embarazo y parto normales. PRN: 3.100 g. P. neonatal normal. Alimentación complementaria sin alergias ni intolerancias. Ingresado por bronquiolitis antes del año de vida. Desarrollo psicomotor normal.

Antecedentes familiares: madre sana. Talla: 155 cm. Menarquia: 12 años. Padre sano. Talla: 174 cm. Desarrollo puberal normal.

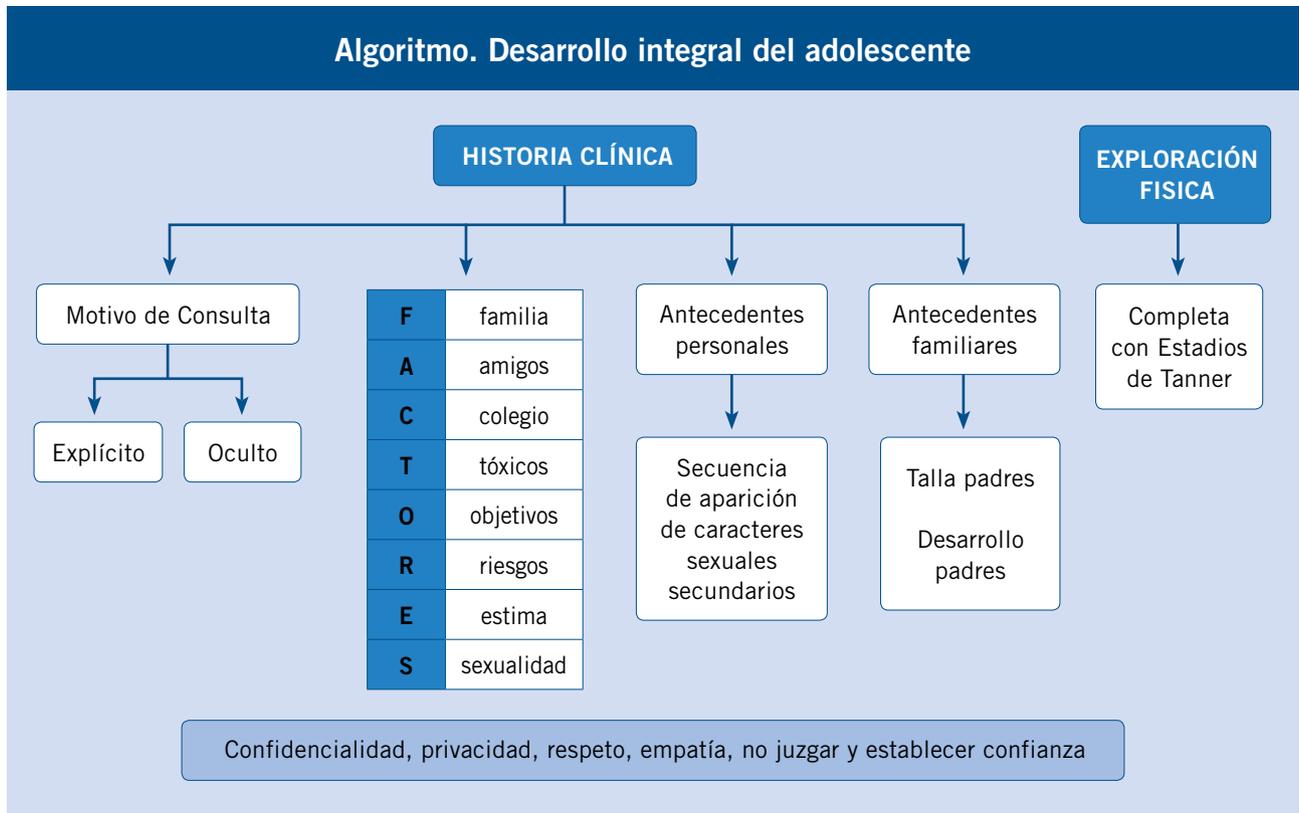
Exploración: peso: 71 kg (p >99). Talla: 150 cm (p46). IMC: 31,56 (p >99). Buen estado general. Mancha café con leche en MII. Obesidad generalizada. Estrías en abdomen. Ginecomastia izquierda: 3 cm. En hemitórax derecho, adipomastia. No se observa telorrea ni leucorrea. Testes de 6 cc., pubarquía 2, axilarquia 2.

Pruebas complementarias:

Hemograma y bioquímica básica completa normales. FSH: 1,6 mUI/ml. VN: (0,63-3,75). LH: 2,7 mUI/ml. VN: (0,60-2,4). Prolactina basal: 7,24 ng/mg. VN: (2-28). Hormonas tiroideas normales. Índice HOMA: 3,37. VN: (<4). S-DHEA: 1,65 µg/mL. VN: (0,15-3,33). 17-OH Progesterona: 0,97 ng/ml. VN: (< 2,2). 17-Beta-Estradiol: 13,0 pg/ml. VN: (1,7-11). Testosterona total: 0,66 ng/ml. VN: (0,3-4).

Evolución: a los 13 años y 1 mes de edad persiste obesidad generalizada. Peso: 72,6 kg (p98, 2,17 DE). Talla: 154 cm (p41, -0,23 DE). IMC: 30,61% (p >99, 2,95 DE). Ha aumentado la ginecomastia: izquierda: 3,5 cm; derecha 2 cm. No se observa telorrea ni leucorrea. Testes de 8 cc. Pubarquía 3.

La madre refiere que el paciente no quiere hacer deporte, para que no le vean sus compañeros y él lo confirma.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales

- En la actualidad, no se conoce bien que es lo que determina el inicio de la pubertad, ¿QUÉ es lo que se considera fundamental?
 - Elevación de LH.
 - Elevación de FSH.
 - Disminución de la secreción de cortisol.
 - Aumento de la secreción de cortisol.
 - Incremento de la hormona liberadora de gonadotropinas.
- ¿Qué SIGNO marca el inicio de pubertad en las mujeres?
 - Pubarquia.
 - Axilarquia.
 - Acné.
 - Aumento de las mamas.
 - Inicio del crecimiento.
- La telarquia prematura aislada se CARACTERIZA por:
 - Se asocia a pubarquia.
 - Siempre evoluciona a pubertad precoz central.
 - Es frecuente que se presente antes de los dos años de vida.
 - Se asocia a adelanto de la edad ósea.
 - Es típica la presencia de acné.
- Respecto a la adolescencia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?
 - Los adolescentes forman un grupo muy homogéneo.
 - La adolescencia es un proceso continuo, sincrónico y uniforme.
 - El pensamiento de los adolescentes es irracional e infantil.
 - la adolescencia inicial se caracteriza por el aumento de los conflictos con los padres.
 - Ninguna es cierta.
- Durante la adolescencia media, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?
 - Aumentan los conflictos con los padres.
 - Se establecen las parejas.
 - Van aceptando los cambios corporales.
 - Es muy importante el papel de los amigos.
 - Aumenta la capacidad intelectual, la creatividad y los sentimientos.
- Valorar tratamiento, dada la repercusión sobre el paciente.
 - Realizar cariotipo para descartar hipogonadismo.
 - Son aceptables a y c.
- En general, la EVOLUCIÓN de la ginecomastia puberal:
 - Es hacia la resolución espontánea en 2-3 años.
 - Siempre es necesario el seguimiento clínico hasta su desaparición.
 - No suele haber asociación familiar.
 - El diámetro puede ser de hasta 5 cm.
 - Son ciertas, a y b.
- En el caso de realizar tratamiento, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?
 - El tratamiento médico con tamoxifeno es el tratamiento de elección por el tiempo de evolución.
 - El tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección por el tiempo de evolución.
 - El tratamiento quirúrgico no se puede hacer antes de los 18 años.
 - El tratamiento con tamoxifeno no está indicado por el tiempo de evolución.
 - El tratamiento quirúrgico se debe hacer antes de que los testes alcancen el volumen adulto.

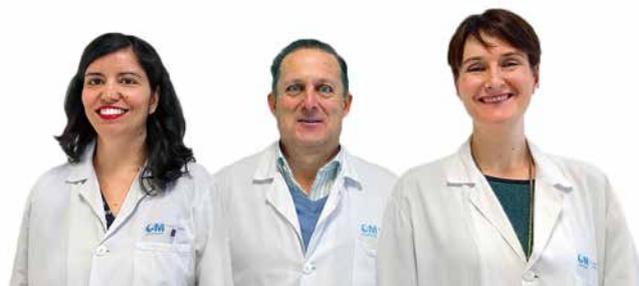
Caso clínico

- En el caso anterior, tras analizar la evolución del mismo, ¿QUÉ actitud le parece más adecuada?
 - Seguir controles clínicos, ya que se trata de una ginecomastia puberal y no precisa tratamiento.
 - Solicitar ecografía mamaria para descartar un tumor.

Problemas de salud en la adolescencia. Patología crónica y transición

M.A Salmerón Ruiz,
J. Casas Rivero, F. Guerrero Alzola

Unidad de Medicina de la Adolescencia. Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid



Resumen

Durante la adolescencia, el individuo se desarrolla en todos los aspectos: físico, psicológico, social y emocional. La adolescencia es cuando el sujeto experimenta los mejores índices de salud y vitalidad que le permitirán llevar a cabo las tareas necesarias para alcanzar una vida adulta plena. Sin embargo, esta capacidad vital se halla afectada en un número creciente de jóvenes, debido a múltiples problemas. En España, el adolescente es el gran olvidado en el sistema sanitario, la Medicina del Adolescente está poco desarrollada y no se realiza de forma adecuada la transición del cuidado al modelo adulto. La patología del adolescente es muy variada y requiere un entrenamiento específico del pediatra para realizar una adecuada atención.

Abstract

During adolescence, the individual is developing in all of the physical, psychological, social and emotional aspects. Adolescence is when the subject has the best health and vitality indexes that will make it possible to perform the necessary tasks to reach a full adult life. However, this vital capacity is affected in a growing number of young people because of multiple problems. In Spain, the adolescent is often forgotten in the health care system, Adolescent Medicine is underdeveloped and the transition from care to the adult model is not adequately performed. The pathology of the adolescent vary greater and require specific training by the pediatrician to perform adequate care.

Palabras clave: Adolescente; Salud del adolescente; Transición del cuidado; Riesgo en el adolescente.

Key words: Adolescent; Adolescent health; Transition care; Adolescent risk.

Pediatr Integral 2017; XXI (4): 245–253

Introducción y definiciones

Durante la adolescencia, se desarrolla el individuo en todos los aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales; además, en esta época, los jóvenes se encuentran expuestos a muchos riesgos y adoptan hábitos y conductas de salud que se extenderán a la edad adulta.

La adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta la edad adulta.

Se suele esquematizar la adolescencia en tres etapas que pueden solaparse entre sí:

- Adolescencia temprana: abarca aproximadamente desde los 10 u 11 años hasta los 14, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales.
- Adolescencia media: entre los 15 y los 17 años, caracterizada, sobre todo, por los conflictos familiares, debido a la importancia que adquiere el grupo.

- Adolescencia tardía: desde los 18 a los 21 años, caracterizada por la reaceptación de los valores paternos y por asumir las tareas y responsabilidades de la madurez⁽¹⁾.

La etapa de la adolescencia tiene una importancia vital, porque es cuando se produce la estructuración de la personalidad del individuo, a través de intensos cambios en diferentes niveles: físico, psicológico, emocional y social. Es cuando el sujeto experimenta los mejores índices

de salud y vitalidad, que le permitirán llevar a cabo las tareas necesarias para alcanzar una vida adulta plena. Sin embargo, esta capacidad vital se halla afectada en un número creciente de jóvenes, debido a problemas como: la violencia física, el abandono, el suicidio, el abuso de sustancias psicoactivas, las infecciones sexualmente transmisibles, los trastornos mentales, los problemas escolares, los trastornos de la conducta alimentaria y el embarazo precoz, entre otros⁽¹⁻³⁾. En el caso del adolescente con patología crónica, el reto es aún mayor, al tener que convivir con su enfermedad mientras se hace adulto, presentando problemas específicos como: incumplimiento terapéutico, que puede provocar descompensación grave de su enfermedad o riesgo de teratogenia en el caso de un embarazo no deseado.

Además, en la adolescencia, los intensos cambios vividos y la búsqueda de la identidad contribuyen a que, muchas veces, el joven se vea perdido entre una multitud de estímulos internos y externos, entre varias y nuevas alternativas por las que tiene que optar, necesitando ayuda de los adultos. No obstante, muy a menudo, sus mensajes y demandas de ayuda, comprensión y orientación, vienen enmascaradas por una conducta agresiva o de introversión, o incluso otras de diferente índole, que despiertan respuestas en su entorno también hostiles, como de desatención. Esta dificultad de comunicación entre adultos y jóvenes también puede verse reflejada en la atención médica prestada a los adolescentes que, a su vez, provoca que las principales causas de mortalidad y morbilidad en esa etapa que son, en su mayoría, potencialmente prevenibles, pasen a no recibir la asistencia debida^(3,4).

En mayo de 1999, en el X Congreso de la SEMA (Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia), conjuntamente con la ALAPE (Asociación Latino Americana de Pediatría), se emitió la declaración de Santiago de Compostela, en la que estas Sociedades Científicas se ofrecieron a colaborar en el desarrollo y proyectos relacionados con la adolescencia y la juventud. El primer punto de esta declaración asume como suyo el criterio de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de Salud), que define la adolescencia

como la segunda década de la vida (de 10 a 19 años). Durante este periodo, el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, pasa de los patrones psicológicos de la infancia a los de la edad adulta y consolida su independencia económica. Estos criterios deben aplicarse de forma flexible, pues hay evidencias del comienzo puberal antes de esta edad y problemas madurativos que no se resuelven antes de los 20. El décimo punto considera prioritaria la asignación de más recursos humanos y de infraestructuras en la Pediatría Hospitalaria y Extrahospitalaria para la atención del adolescente⁽⁵⁾.

En el informe publicado por la OMS en el 2014, sobre el estado de salud de los adolescentes en el mundo, se pone de manifiesto la necesidad de que los adolescentes tengan una atención sanitaria diferenciada del niño y del adulto que pueda cubrir sus necesidades particulares y que debe de incluir: salud mental, salud sexual y reproductiva, VIH, violencia y maltrato, consumo de sustancias, inmunizaciones, atención clínica integrada de trastornos comunes, nutrición y actividad física⁽⁵⁾.

La Medicina de la Adolescencia se define como la especialidad pediátrica encargada de la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas médicos, psicológicos, emocionales y sociales acontecidos en la edad adolescente, comprendida entre los 10 y los 21 años, es decir, la transición de la infancia a la vida adulta. Por otro lado, se encarga de la investigación, divulgación y buena práctica del cuidado de la salud del adolescente.

Datos demográficos de los adolescentes en España

La situación demográfica en España es muy similar a las de otros países con igual desarrollo económico.

- *El número de adolescentes.* En España, la población adolescente entre 10 y 21 años, según el Instituto Nacional de Estadística, a fecha de enero de 2016, es de 5.400.408 (11,6% de la población total). La población adolescente va disminuyendo lenta y progresivamente desde el año 1988 y es significativo el aumento de la población entre 10-16

años y la disminución progresiva de la población de 17-20 años⁽⁶⁾.

- *Mortalidad.* En el año 2011 fallecieron en nuestro país 732 jóvenes entre los 10 y 19 años (227 entre 10 y 14 años y 505 entre 15 y 19 años), lo que representaba el 0,3% de la mortalidad de la población total. Los accidentes y actos violentos constituyen la principal causa de muerte; van seguidos por los tumores, neoplasias, enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio y del sistema nervioso⁽⁷⁾.

Atención sanitaria a los adolescentes

La Medicina del Adolescente en España está poco desarrollada, provocando que, en muchos casos, la atención al adolescente sea deficitaria y el paciente se pierda en el sistema.

La realidad de la Medicina del Adolescente (MA) en España, es que la mayoría de los adolescentes son atendidos por una variedad de especialistas, excelentes, sin duda, pero que, en ocasiones, tan solo se ciñen al campo propio de su especialidad, sin considerar el conjunto del paciente y sus múltiples facetas como ser humano; es decir, no hay una atención a su salud integral. Por otro lado, las estrategias preventivas están centradas en las edades extremas de la vida y en la salud materno-infantil, olvidando la adolescencia, que es una de las edades con mayores factores de riesgo y con unas causas de mortalidad que, en su mayoría, son potencialmente evitables.

En Atención Primaria, las consultas suelen estar masificadas, pudiendo dedicar un tiempo muy limitado a cada paciente. El médico de familia tiene a su cargo el cuidado del paciente crónico y pluripatológico de edad avanzada y el pediatra en la mayoría de las comunidades autónomas solo atiende al paciente hasta los 14 años de edad.

Además de lo anteriormente dicho, la mayoría de los pediatras rechazan la atención a los adolescentes, pues no se sienten seguros y capacitados para manejar temas, como los trastornos del comportamiento alimentario, psicosociales, relativos a la sexualidad o al abuso de sustancias. Si a la falta de conocimientos se añade la falta de tiempo para dedi-

carse a ellos, y la dificultad de manejar la intimidad y confidencialidad de los temas entre el paciente, sus padres y el médico, es fácil comprender por qué estos pacientes no son queridos en casi ninguna práctica médica.

Por otro lado, la formación que se da sobre adolescencia, tanto en la facultad de Medicina como a los residentes de Pediatría en España es muy limitada, a pesar de que está recogido como objetivo en el programa de Pediatría y sus Áreas Específicas del Ministerio de Sanidad. En el caso de los médicos de familia, la formación es muy reducida, de hecho no consta como objetivo en el programa de formación publicado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Esto ayuda a perpetuar el problema actual, ya que al no haber suficientes facultativos formados en MA, se dispone de menos profesionales y la atención a este colectivo es cada vez más deficitaria. Los residentes de Pediatría que han tenido contacto con la MA se sienten más seguros y capaces de atender, al menos, algunos temas básicos de salud de este grupo de edad.

En España, en 1985, se fundó la Unidad de Medicina del Adolescente en el Hospital Universitario Infantil del Niño Jesús que, en la actualidad, sigue su desarrollo, sobre todo, con el crecimiento de la psiquiatría infantil y la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). En 1987, se inició en el Hospital de Móstoles la atención específica a adolescentes dentro del Servicio de Pediatría, como un área más de la atención. En el año 2000, se estructuró la Unidad de Medicina del Adolescente del Hospital Universitario Gregorio Marañón, centrada en psiquiatría. En el año 2007, se inició una consulta monográfica de adolescentes en el Hospital Universitario La Paz, que ha ido creciendo y siendo, actualmente, una Unidad de Adolescencia atendida por tres pediatras.

En España, los Centros Joven se dedican, fundamentalmente, a la atención en salud reproductiva, tanto en la prevención como en el diagnóstico precoz de infecciones de transmisión sexual y el embarazo.

Los pediatras de Atención Primaria atienden la adolescencia temprana hasta los 14 años, siendo un pilar fun-

damental al tener una buena relación de confianza establecida con los jóvenes desde la infancia. En algunas comunidades autónomas, como la Comunidad de Madrid, se puede atender a los adolescentes hasta los 16 años a petición del paciente o del pediatra.

En el II plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2013-2016, se aprobó la ampliación de la edad pediátrica hasta los 18 años de edad en la atención hospitalaria, pero sin desarrollar un plan estratégico concreto para su implementación, que incluya formación específica de pediatras ni de personal de enfermería. En la actualidad, la aplicación es variable según las comunidades autónomas⁽⁸⁾.

Barreras de acceso a los servicios sanitarios⁽¹⁾.

- Burocratización del sistema. Para acudir a la consulta hay que citarse, identificarse y, a veces, contar a varias personas el problema antes de llegar al médico, y esto les provoca vergüenza.
- Falta de una adecuada atención por parte del profesional: falta de tiempo, de capacidad de escucha, de interés, de conocimientos, etc.
- El adolescente no sabe dónde acudir. No tiene o no sabe quién es su médico, falta de confianza (asocia pediatra con infancia y médico general con confidente de sus padres). Por esto, es importante ganarse su confianza en las consultas previas.
- El adolescente niega o infravalora sus problemas. Durante su desarrollo psicológico, con su pensamiento de omnipotencia e inmortalidad, piensa que “a él no le va a pasar”, y por ello se suele retrasar en consultar sus problemas.
- El joven no conoce los recursos sanitarios y, además, existe falta de coordinación entre estos. Existen distintos centros para gente joven que van dirigidos a temas específicos y concretos (drogas, infecciones sexuales, anticoncepción...), pero no están dirigidos a las necesidades reales de salud integral ni hay una verdadera coordinación entre ellos.
- El adolescente necesita una atención multi e interdisciplinar, donde participen diferentes profesionales para poder atender a la complejidad de sus problemas, aunque sea en un

profesional en concreto en quien deposite su confianza, el cual debe encargarse de coordinar su atención.

Los problemas de salud del adolescente

La obtención de datos a nivel global es mejor conocida desde la publicación del último informe de la OMS sobre la salud de los adolescentes⁽⁵⁾. En España existen datos parciales, al existir por comunidades autónomas.

En el último informe publicado por la OMS sobre la salud de los adolescentes en el mundo, se pone de manifiesto que las principales causas de mortalidad en la segunda década de la vida son prevenibles: accidentes de tráfico, muertes violentas, suicidio o ahogamientos. Persistiendo en los países en vías de desarrollo, la alta mortalidad por VIH y otras enfermedades infecciosas. Respecto a la morbilidad, pone de manifiesto el aumento de enfermedades mentales, como los trastornos depresivos unipolares y la ansiedad. Manteniéndose la morbilidad por causas prevenibles, como: accidentes de tráfico, VIH, otras causas infecciosas, anemia ferropénica y lesiones autoinfligidas.

En España existen datos acerca de los factores de riesgo y causas de mortalidad en los adolescentes, pero la información es muy escasa acerca de los motivos de consulta reales de los adolescentes⁽⁸⁾.

En 1995, McFarlene describe los problemas de salud más prevalentes en la adolescencia⁽⁵⁾:

- Causa de mortalidad: accidentes, neoplasias y enfermedades del sistema nervioso.
- Motivos de ingreso hospitalario: en chicas el aborto y el parto, y en chicos los traumatismos.
- Patología “menor” prevalente: tos, catarro de vías altas, fiebre, enfermedades dermatológicas y asma.
- Motivos de consulta más prevalentes en Atención Primaria: enfermedades respiratorias, infecciones, parasitosis, alteraciones neurológicas y problemas dermatológicos.
- Problemas “mayores” a largo plazo: tabaquismo, consumo de drogas y alcohol, actividad sexual precoz y alteraciones psicopatológicas.

Prevención y conductas de riesgo en el adolescente

No existen programas preventivos en España, específicos para adolescentes a partir de los 14 años. El principal factor de riesgo es la obesidad y el sedentarismo, seguido de los accidentes, consumo de alcohol y consumo de tabaco y de hachís.

En general, los adolescentes son sanos y no tienen percepción de que sus conductas de riesgo lo son, por lo que no acuden a los servicios sanitarios salvo que los necesiten verdaderamente; por ello, cualquier consulta debe ser aprovechada al máximo y, aunque inicialmente se atienda su demanda, debe ser aprovechada como consulta preventiva.

En la promoción y prevención de la salud del adolescente, se debe incluir, según la OMS⁽⁹⁾.

- Promoción de un desarrollo y modo de vida saludables, incluidos una alimentación adecuada, ejercicio regular, una buena higiene bucodental, higiene del sueño y la postergación de la iniciación sexual.
- Prevención de los comportamientos de riesgo para la salud, incluidos el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, y las prácticas sexuales de riesgo.
- Acceso a servicios de salud apropiados y diseñados para los adolescentes relativos a la salud sexual y reproductiva: planificación familiar, prevención de embarazos no deseados y nacimientos, la prevención y atención de las ITS y el VIH.
- Prevención de carencias nutricionales, sobrepeso y obesidad.
- Prevención de los traumatismos.
- Prevención de los problemas de salud mental.
- Fomento de la capacidad de los adultos, inclusive dentro de la familia, para establecer relaciones afectuosas y responsables con los adolescentes.
- Promoción de entornos escolares sanos que faciliten el bienestar físico y psicosocial de los adolescentes.
- Oportunidades para establecer relaciones sanas con la familia.
- Oportunidades para participar de forma activa en actividades sociales en la comunidad.
- Oportunidades para proseguir la educación o formación vocacional en entornos (docentes) sanos.

- Protección contra las prácticas culturales nocivas, incluidas la mutilación genital femenina y el matrimonio antes de la madurez social y biológica.
- Prevención y protección específica para las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) y nuevas tecnologías.

En la Comunidad de Madrid, en el Boletín epidemiológico sobre hábitos de salud en la población juvenil, publicado de 2013, **el 41,3% de las chicas y el 12,3% de los chicos no realizaban, al menos, 3 días a la semana actividades físicas vigorosas.** El consumo de alimentos mantuvo un patrón con **bajo consumo de fruta y verduras y exceso de productos cárnicos, bollería y chucherías saladas.** El índice de masa corporal, estimado con los datos de peso y talla aportados por los propios jóvenes, muestra que **un 14,9% de los chicos y el 7,8% de las chicas tenían sobrepeso u obesidad.**

En cuanto al consumo de sustancias, **el 8,1% fumaba diariamente**, siendo mayor la prevalencia en las chicas (9,8%), que en los chicos (6,5%). La proporción de bebedores de riesgo en función de la cantidad de alcohol ingerida fue un 6,0%. Este consumo se realizó principalmente en fines de semana, lo que dio lugar a ingestas excesivas agudas: **el 31,8% había realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (patrón “binge drinking”)** y el 21,8% afirmó que se había emborrachado durante este período.

La droga de comercio ilegal de uso más frecuente fue el hachís, con un **13,6% de consumidores en los últimos 12 meses.** El 16,6% refirió que le habían ofrecido drogas en los últimos 12 meses y el 6,3% en los últimos 30 días.

El 29,0% de los jóvenes había tenido relaciones sexuales con penetración, de los cuales un **18,0% no había utilizado durante la última relación métodos de prevención del embarazo eficaces.**

Un **13,4% había tenido algún accidente en los últimos 12 meses**, siendo casi dos veces más frecuente en los chicos (17,6%) que en las chicas (9,1%). La utilización del casco en moto continuó siendo baja, ya que el 44,9% de los jóvenes que utilizaron este vehículo no emplearon siempre esta protección.

En relación a la información sobre diversos temas de salud, la proporción de jóvenes que no había recibido información durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, osciló entre el 20,0% sobre el consumo de alcohol y el 58,4% en el caso del SIDA.

Las tendencias 1996-2013 muestran un importante avance en algunos de los indicadores estudiados, siendo especialmente reseñable, por su magnitud, la disminución del consumo de tabaco y de drogas de comercio ilegal, así como el incremento de las prácticas preventivas de seguridad vial. También hay que destacar, aunque en menor medida, el consumo de alcohol, ya que, si bien, ha disminuido la cantidad de consumo, los cambios han sido menores en los indicadores relacionados con las ingestas agudas de riesgo. Por el contrario, los indicadores relacionados con el balance energético (alimentación y actividad física) siguen mostrando un patrón de dieta desequilibrada e inactividad física, con un incremento global durante este período del sobrepeso y obesidad que afecta a hombres y mujeres. La proporción de jóvenes que no recibieron información sobre diversos temas de salud siguió siendo muy elevada, sobre todo en los temas que guardan alguna relación con la sexualidad (información sobre SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual o sobre métodos anticonceptivos).

La patología aguda del adolescente

Las patologías agudas del adolescente varían según el nivel de atención: Atención Primaria, centro joven o ingresos hospitalarios.

La patología aguda del adolescente es muy diversa (Tabla I) y en la mayoría de los casos son las causas que hacen que acudan a una consulta médica.

Los datos de los motivos de consulta de los adolescentes por patología aguda son escasos, tanto en Atención Primaria como en urgencias hospitalarias, consultas de especialistas o motivos de ingreso. La obtención de estos datos es compleja debido a:

- La “agenda oculta” del adolescente: la diferencia del motivo de consulta por el que dice el adolescente consultar

Tabla I. Patología frecuente del adolescente

<p>Aparato digestivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor abdominal recurrente - Síndrome de colon irritable - Dispepsia no ulcerosa <p>Aparato respiratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neumonía viral y bacteriana - Asma <p>Patología infecciosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mononucleosis infecciosa - Enfermedades “infantiles” - Enfermedades “importadas” - Infecciones de transmisión sexual <p>Aparato cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muerte súbita - Factores de riesgo cardiovascular - Hipertensión <p>Patología endocrinológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus - Disfunción tiroidea - Pubertad precoz y retrasada - Talla baja y alta <p>Nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad - Deficiencias nutricionales (Fe, vitamina D) <p>Trastorno del comportamiento alimentario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bulimia nerviosa - Trastornos no especificados - Anorexia nerviosa <p>Sistema nervioso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefalea - Síncope - Epilepsia <p>Piel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acné - Hirsutismo <p>Dientes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caries - Enfermedad periodontal - Gingivitis - Maloclusiones - Ortodoncia <p>Órganos de los sentidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de refracción visual - Hipoacusia 	<p>Ginecología</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menarquia - Dismenorrea - Embarazo no deseado - Abortos - Enfermedad inflamatoria pélvica - Neoplasia intraepitelial cervical <p>Mama</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ginecomastia - Botón mamario <p>Aparato locomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escoliosis - Dolor por crecimiento - Epifisiolisis femoral - Osgood-Schlatter - Epifisitis vertebral - Condromalacia rotuliana - Lesiones tendinosas, musculares u óseas por accidentes <p>Patología oncológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leucemias - Enfermedad de Hodgkin - Linfomas no Hodgkin - Tumores óseos - Tumores encefálicos - Tumores de células germinales <p>Fatiga crónica</p> <p>Problemas escolares</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechazo escolar - Fracaso escolar - TDAH - Acoso escolar <p>Problemas psicosociales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabaquismo - Abuso de alcohol - Uso de drogas - Estrés psicosocial - Conducta antisocial - Depresión - Ansiedad - Somatización - Desórdenes psiconeuróticos <p>Nuevas tecnologías</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adicciones a pantallas - Ciberacoso
--	--

y el motivo real por el que consultan. Pueden venir por un problema y realmente les preocupa otro.

- Elevado índice de patología psicosomática que dificulta enormemente el diagnóstico, siendo la historia clínica la herramienta fundamental.
- Las diferencias según el tipo de centro en el que consultan: en el Centro Joven, la mayoría de las consultas están relacionadas con la sexualidad y el embarazo no deseado.

En un estudio reciente sobre los motivos de consulta de los jóvenes en un

centro de salud se obtuvo, por orden de mayor a menor frecuencia: infecciones ORL (45,3%), problemas de piel (24%), traumatismos (15,3%), alergias (7,6%) y GEA (7,6%). La consulta por temas de sexualidad, drogas o problemas personales era muy baja⁽¹¹⁾.

Las causas más frecuentes de ingreso hospitalario, en adolescentes de 15 a 24 años, son en hombres, en orden de mayor a menor frecuencia: lesiones y envenenamientos (18,1%), problemas del aparato digestivo (17,2%), aparato locomotor y tejido conectivo (15,1%) y afecciones del aparato respiratorio

(11,6%). En mujeres: complicaciones del embarazo, parto y puerperio (50,6%), aparato digestivo (10,2%), aparato respiratorio (5,5%) y lesiones y envenenamientos (3,5%)⁽¹²⁾.

Respecto a las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE), en 2014 se notificaron al Registro de la Comunidad de Madrid 19.327 IVE, cifra inferior en un 16,7% a la correspondiente a 2013, que fue de 23.208 ($p < 0,005$). Este descenso se puede deber a que no se notifiquen las IVE farmacológicas; en las comunidades autónomas que tienen registro de IVE farmacológica, la tendencia es ir en aumento año tras año. El 46% de los casos habían tenido una IVE previa, lo que denota la falta de anticoncepción efectiva, en estos casos se recomienda uso de anticonceptivos de larga duración: implante o DIU. Los IVE en población adolescente de 10 a 19 años representan el 9,7% del total⁽¹³⁾.

Sigue siendo alto el porcentaje de IVE en extranjeras (59,2%) y, aunque la tendencia de los últimos años, ligeramente descendente, parece consolidarse, la magnitud del porcentaje exige el esfuerzo de intervención específica hacia esta población. Sin perder de vista que, pese a ser mucho menor, la tasa aumenta paulatinamente en las españolas⁽¹³⁾.

La patología crónica del adolescente y la transición a la vida adulta⁽¹⁴⁾

El paciente crónico, al llegar a la adolescencia, tiene un alto riesgo de complicaciones potencialmente graves de su enfermedad por factores de riesgo específicos; el periodo más crítico es la trasferencia del cuidado a la vida adulta.

El adolescente con patología crónica

Con el avance de los nuevos tratamientos de los pacientes con enfermedades crónicas, tales como: la fibrosis quística (FQ) o las cardiopatías congénitas, cada vez más niños y adolescentes sobreviven y llegan a la vida adulta. Hace 70 años, los pacientes con FQ tenían una esperanza de vida de cinco años y actualmente es superior a los 30 años de edad. El aumento de la supervivencia ha provocado nuevas morbilidades



Figura 1. Morbilidad específica del paciente crónico.

y problemas psicosociales con repercusiones en la vida adulta. La prevalencia de niños afectados por enfermedades crónicas varía, pero se calcula que está entre el 10 y el 20%^(15,16).

La labor del pediatra en el paciente crónico va más allá del tratamiento de la enfermedad o sus complicaciones es, además, cuidar y acompañar durante la adolescencia para que el paciente llegue a la vida adulta con la mejor calidad de vida posible, con el menor número de complicaciones y minimizar el sufrimiento que supone la ruptura del modelo pediátrico al modelo adulto.

El adolescente con patología crónica es un paciente de alto riesgo que presenta **morbilidades específicas** (Fig. 1).

Todos los factores descritos en la figura 1, unido a los riesgos propios de la adolescencia que se retroalimentan y

potencian (Fig. 2), provocan complicaciones graves que pueden determinar una peor calidad de vida al llegar a la adultez o incluso una muerte prematura. Aparte de la repercusión en la salud del paciente y de sus familias, no hay que olvidar el coste económico y social del



Figura 2. Potenciación de los factores de riesgo de la adolescencia y la enfermedad crónica.

tratamiento de complicaciones que son potencialmente evitables. Todo ello explica la importancia que tiene el cuidado del “paciente adolescente con problemas crónicos de salud”.

La transición del cuidado al modelo adulto

La atención óptima de la salud se alcanza cuando cada persona recibe, a lo largo de toda su vida, el cuidado médico apropiado. Un elemento clave es la continuidad de ese cuidado en los diferentes estadios del desarrollo y, en particular, al pasar a la medicina del adulto⁽¹⁵⁾.

Este **concepto** se aplica a todos los individuos, tanto sanos como enfermos crónicos. Patience White en 1997, definió la transición como: “paso de los adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades o discapacidades crónicas desde los sistemas de salud pediátricos a sistemas de adultos de forma planificada y con unos objetivos concretos”.

Los **objetivos** de la transición son⁽¹⁵⁾:

- Promover la continuidad de la atención.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Impulsar el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.
- Fomentar el manejo independiente de la enfermedad por parte del adolescente.
- Fortalecer la confianza en el nuevo equipo de salud de adultos.

Las características de la atención médica que se da al niño y al adulto son muy diferentes, al ser modelos completamente distintos (Tabla II)⁽¹⁶⁾. Por ello, es necesario realizar una transición de un modelo pediátrico a un modelo adulto lo más cuidada e individualizada posible.

Tabla II. Diferencias entre la asistencia pediátrica y la asistencia médica al adulto (Robertson 2006)⁽¹⁴⁾

<i>Asistencia pediátrica</i>	<i>Asistencia al adulto</i>
Orientado a la familia	Enfocado al individuo
Considera aspectos del desarrollo	Centrado específicamente en la salud/enfermedad
Coordinación con servicios sociales y el colegio	Menos coordinado con servicios sociales y con el mundo laboral
Ayuda individualizada con el tratamiento	Más aceptación del rechazo por parte del paciente a ser tratado
Más supervisión	Menos supervisión
Paternalista	Participación del paciente en las decisiones terapéuticas

Los principios de programas de transición son:

- **La transición es un proceso, no un evento⁽¹⁷⁾.** La transición debe ser gradual, pues implica un proceso organizado en el tiempo para la detección de factores de riesgo específicos, de recursos educacionales, médicos y de atención de los servicios de adultos.
- **El proceso de transición debe comenzar el día del diagnóstico⁽¹⁸⁾.** Plantear la transición desde el inicio de la atención, permite reafirmar las capacidades del niño o del adolescente y no los déficits, pensar como si fuera un futuro adulto con poder de decisión y responsabilidades, lo cual implica un proceso de preparación. Se deberán adaptar a cada situación en particular, para elegir el momento y la forma adecuada de iniciar la preparación.
- **El adolescente y su familia deben estar involucrados en la decisión de la transición⁽¹³⁾.** Esta planificación debe adaptarse de manera flexible a los tiempos que requiera cada paciente, para ir logrando el desarrollo de su capacidad de autonomía en distintas áreas de su vida.
- **Los médicos pediatras y la familia deben prepararse para “dejar ir al adolescente”⁽¹⁵⁾.** Es menester saber reconocer cuándo el paciente-niño ya es capaz de su autocuidado, favorecer su crecimiento y facilitar la transición.
- **Es esencial la coordinación entre los servicios y entre los profesiona-**

les de la salud⁽¹⁵⁾. La coordinación de los servicios tratantes (pediátricos y de adultos) es esencial para que el paciente aprenda a desempeñarse de una manera independiente como adulto en la sociedad.

Lo ideal es el acompañamiento del paciente durante la adolescencia, por un médico con conocimientos específicos en medicina del adolescente para abordar la patología específica de esta edad y que pueda coordinarse con el resto del equipo médico.

Etapas de la transición^(14,15,19)

La transición es un proceso dinámico con tres etapas diferenciadas:

- Etapa inicial: la marca el momento en que se toma la decisión de empezar a prepararse para la transición.
- Etapa intermedia: el paciente, su familia y su médico ya están preparados para iniciar este proceso.
- Etapa final: ocurre cuando el adolescente o adulto joven, no solamente es “transferido” a un servicio de adultos, sino cuando participa activamente de su cuidado y de la toma de decisiones, siempre de acuerdo con las capacidades potenciales de cada paciente.

En el informe de la Academia Americana de Pediatría (AAP) sobre este tema (*Health care transition*), se diseñó un algoritmo conformado por varias etapas para lograr materializar una transición adecuada^(19,20) y debía de cumplir una serie de requisitos:

- Transición, se inicia a partir de los 12-14 años.
- Proceso, continúa hasta los 18 años para realizar el paso a adultos antes de los 22 años.
- Transición, debe ser parte de Atención Primaria y Especializada.

Las áreas de transición son varias, involucran no solo la atención médica, sino la esfera de la escuela y el trabajo, y de la diada dependencia-autonomía. Por eso, es muy importante evaluar las capacidades psicosociales de cada paciente, trabajar en ellas durante la etapa de preparación y, en el caso de adolescentes con discapacidad mental, trabajar junto al familiar o tutor que lo acompañará en este proceso. Respecto al área de la atención médica, la meta durante la transición es asegurar el cuidado médico de alta calidad, apropiado para cada etapa del desarrollo y su continuación, de forma ininterrumpida, mientras el individuo va transitando de la adolescencia hacia la adultez.

La realidad muestra que, en muchos casos, la calidad de la atención médica de los pacientes con enfermedades crónicas declina una vez que pasan a los servicios de adultos, se pierde el seguimiento y también aumenta el número de ingresos.

Tras la publicación del artículo de la AAP, el Centro Nacional de la Transición, *Got Transition*⁽²¹⁾, desarrolló los “Seis Elementos Fundamentales de Transición”, que definen un proceso clínico secuencial con una serie de herramientas asociadas para uso en Pediatría y en adultos.

Los seis elementos fundamentales de transición son⁽²²⁾ (Fig. 3):

1. **Principios de transición.** El objetivo principal es poder discutir con el paciente y la familia su plan de transición y formar al personal sobre el plan de transición.
 - a. Elaborar los criterios de transición con cada paciente, permitiendo que tanto el paciente como la familia pueda intervenir en ellos. Debe incluir información sobre la confidencialidad y el consentimiento.
 - b. Debe realizarse a partir de los 12 a 14 años de edad y revisarlos regularmente como parte de la atención médica continua.



Figura 3. Los seis elementos de la transición.

- c. Formar en transición a todo el personal del servicio o la unidad para que conozcan:
 - Los criterios de transición.
 - Los seis elementos esenciales.
 - Los diferentes roles: paciente, familia y el equipo de pediatras y médicos de adultos en el proceso de transición, teniendo en cuenta las preferencias culturales.
2. **Observación y seguimiento del proceso de transición.** Dotar de las herramientas necesarias para que el proceso de transición pueda ser evaluado y se pueda realizar un seguimiento adecuado.
 - a. Establecer criterios de inclusión de los pacientes en el modelo de transición.
 - b. Elaboración de un registro de los pacientes incluidos en el modelo de transición.
 - c. Utilizar un registro individual para observar el progreso de los seis elementos esenciales en la transición de cada paciente.
 - d. Incorporar los seis elementos esenciales en el proceso de atención médica, utilizando, de ser posible, registros médicos electrónicos.
3. **Aptitudes para la transición.** Esta fase pretende evaluar la capacitación de cada paciente para poder iniciar la transición.
 - a. Evaluar regularmente la capacitación del paciente para la transición, a partir de los 14 años de edad, para determinar e intercambiar opiniones con el paciente y con los padres/tutores sobre sus necesidades y metas con respecto al cuidado propio.
 - b. Priorizar acciones y fijar objetivos y documentarlas regularmente en un plan de atención médica.
4. **Planificación de la transición.** Es la etapa en la que se desarrolla el plan individual de cada paciente.
 - a. Evaluar la preparación, los objetivos y las acciones por orden de prioridad.
 - b. Elaborar un informe médico resumido y un plan de actuación en caso de acudir a urgencias (si se considera necesario).
 - c. Informar sobre los cambios en la atención médica de adultos, incluyendo las diferencias a nivel legal.
 - d. Apoyo para adolescentes con discapacidad intelectual e informar sobre recursos legales y sociales.
 - e. Determinar el mejor momento para la realización de la transición.
 - f. Consentimiento para compartir información médica.
 - g. Ayuda en la elección de médico de adultos y coordinarse con él.
5. **Transición de la atención médica.** Paso del paciente y de toda su historia clínica al médico de adultos encargado de su cuidado.
 - a. Confirmar la fecha de la primera cita con el médico de adultos.
 - b. La transición debe realizarse siempre cuando la enfermedad esté en una fase estable.
 - c. Finalizar el programa de transición, el cual debe incluir: la evaluación sobre el nivel de aptitudes para la transición, el plan de atención médica con los objetivos y acciones pendientes, el informe médico resumido y el plan en caso de urgencia. Si fuera necesario, los documentos legales, y otros documentos del médico que fuesen necesarios para conocer la patología del paciente.
6. **Fin de la transición.** Hay que confirmar que se ha realizado la transición.
 - a. Ponerse en contacto con el adolescente y los padres entre 3 y 6 meses después de la última visita al pediatra y obtener información sobre el proceso de transición.
 - b. Comunicarse con el médico de adultos para confirmar la conclusión de la transferencia y ofrecer asesoramiento.
 - c. Construir alianzas de colaboración continuas con los médicos de Atención Primaria y los especialistas.

Resultados de programas implementados

En los países donde ya se han implementado los programas de transición, existe la necesidad de realizar una

evaluación de los resultados. Uno de los objetivos es evaluar la satisfacción de los jóvenes con la atención recibida durante el período de transición. En un estudio realizado en el Reino Unido, en un grupo de jóvenes con artritis idiopática juvenil, se observó que la calidad de atención, percibida por ellos y sus padres, fue peor de la que hubiesen deseado⁽¹⁹⁾. No obstante, cuando se evaluó el impacto de programas coordinados y se midió la calidad de vida relacionada con la salud como indicador, se observó que muchos adolescentes mejoraban su calidad de vida. Los factores predictivos de esta “mejor calidad de vida” estaban directamente relacionados con pautas de autonomía y autosuficiencia (manejo de la medicación, consultas médicas sin acompañantes, etc.) y no con la edad cronológica ni el grado de actividad de la enfermedad⁽²³⁾.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- Hidalgo Vicario MI. Atención Integral del adolescente. Revisión crítica. XVIII Congreso nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria *Pediatr Integral*. 2004; 7 especial: 76-84.
- Walker Z, Townsen J. Promoting adolescent mental health in primary care: A review of the literature. *Journal of Adolescence*. 1998; 21: 621-34.
- WHO (World Health Organization). Programming for Adolescent Health and Development Report. 1999: 886-99.
- Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Utilization of physician offices by adolescents in the United States. *Pediatrics*. 1999; 104: 35-42.
- *OMS. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade>.
- Instituto Nacional de Estadística. Población residente por fecha, sexo y edad de 10 a 21 años, ambos sexos a fecha 1 de enero de 2016. <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9663&L=0>.
- Instituto Nacional de Estadística. Censo de población de 2011. Tomo 1. Resultados Nacionales. Características generales de la población. Madrid, 2012.
- II plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2013-2016. 2013. http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf.
- WHO (World Health Organization). Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes. 2003.
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2013. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2013. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2014. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_buscadorBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630.
- Menéndez Suso JJ, Hidalgo Vicario MI, González Rodríguez MP, Parra Martínez MI, et al. Motivos de consulta de los adolescentes en un centro de Atención Primaria. Comunicación presentada en el XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Granada; 2003.
- Díez-Gañán L. Morbilidad hospitalaria, Comunidad de Madrid, 2008. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº10 2009; 15: 26-7.
- Díez-Gañán L. Informe interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2014. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DIVE_2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352896068789&ssbinary=true.
- Salmerón Ruiz MA, Casas Rivero J. Problemas de salud en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013; XVII(2): 94-100.
- *De Cunto CL. Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto. *Arch Argent Pediatr*. 2012; 110: 341-7.
- Turkel S, Pao M. Late Consequences of Pediatric Chronic Illness. *Psychiatr Clin North Am*. 2007; 30: 819-35.
- White P. Destination known: planning the transition of youth with special health care needs to adult health care. *Adolescent Health*. 2009; 21: 1-8.
- White P. Transition: a future promise for children and adolescents with special health care needs and disabilities. *Rheum Dis Clin North Am*. 2002; 28: 687-703.
- * American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians and American College of Physicians, Transitions Clinical Report Authoring Group. Clinical report- Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2011; 128: 182-200.
- Shaw KL, Southwood TR, McDonagh JE. Young people's satisfaction of transitional care in adolescent rheumatology in the UK. *Child Care Health Dev*. 2006; 33: 368-79.
- Got Transition. <http://www.gottransition.org/about/>.
- Six Core Elements of Health Care Transition 2.0. <http://www.gottransition.org/resourceGet.cfm?id=206>.
- McDonagh JE, Southwood TR, Shaw KL. The impact of a coordinated transitional care programme on adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology*. 2007; 46: 161-8.

Bibliografía recomendada

- American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians and American College of Physicians, Transitions Clinical Report Authoring Group. Clinical report- Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2011; 128: 182-200.
- Protocolo de planificación y organización de un programa de transición. Explicando minuciosamente las peculiaridades de cada una de las etapas.

Caso clínico

Mujer de 17 años de edad que acude por vómitos, 4-6 al día, de predominio por la tarde, cansancio y astenia de dos meses de evolución. En la anamnesis, llama la atención relaciones sexuales con preservativo habitualmente con su pareja desde hace 4 meses y amenorrea de dos meses de evolución. Se solicita test de embarazo que es positivo. Con su consentimiento, informamos a sus padres.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Problemas de salud en la adolescencia. Patología crónica y transición

9. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA:
- Se considera adolescencia la segunda década de la vida.
 - Los adolescentes crónicos tienen factores de riesgo particulares por su propia patología como el incumplimiento terapéutico.
 - Las causas de mortalidad del adolescente son, en su mayoría, potencialmente prevenibles.
 - La adolescencia temprana comprende de los 10 a los 14 años.
 - Todas las anteriores son verdaderas.
10. En el informe publicado por la OMS en el 2014, sobre el estado de salud de los adolescentes en el mundo, se pone de manifiesto la necesidad de que los adolescentes tengan una atención sanitaria diferenciada del niño y del adulto que pueda cubrir sus necesidades particulares y que debe de incluir todas, menos una, de las siguientes áreas:
- Salud mental.
 - Salud sexual y reproductiva.
 - VIH.
 - Violencia y maltrato.
 - Atención clínica integrada de los pacientes con patología crónica.
11. Señale la respuesta CORRECTA:
- La población entre los 10 y los 16 años está aumentando.
 - La población adolescente está aumentando progresivamente desde 1988.
 - La principal causa de mortalidad en los adolescentes son las neoplasias.
 - Los pediatras de Atención Primaria atienden la adolescencia tardía.
 - Las estrategias preventivas en España están enfocadas en la adolescencia.
12. Respecto a las barreras de acceso que tienen los adolescentes a los servicios sanitarios, señale la VERDADERA:
- Adecuada atención por parte del profesional.
 - Burocratización del sistema.
 - El adolescente sabe dónde acudir.
 - El joven conoce los recursos sanitarios.
 - Todas son verdaderas.
13. Respecto a la prevención y conductas de riesgo en el adolescente, indique la afirmación FALSA:
- El principal factor de riesgo en los adolescentes españoles es el consumo de tóxicos.
 - Cualquier consulta debe ser aprovechada como consulta preventiva.
 - El 30,8% de los adolescentes en Madrid ha realizado algún consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días.
 - La droga de comercio ilegal de uso más frecuente es el hachís.
 - Todas son verdaderas.

Caso clínico

14. Señale la afirmación CORRECTA:
- Es necesario asesorar de las alternativas ante el embarazo: continuar con la gestación, adopción o IVE.
 - Es necesario poner tratamiento con yodo y ácido fólico.
 - Dar una cita próxima para comunicar la decisión y seguimiento posterior.
 - a, b c son verdaderas.
 - Todas las anteriores son falsas.
15. A la próxima consulta viene acompañada por sus padres. Finalmente, la paciente decide realizar una IVE, afirma no haber sido coaccionada, que su pareja ha sido informada del embarazo y que ha sido consensuada con su familia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?
- Es muy infrecuente que tras una IVE, haya una nueva IVE.
 - En la Comunidad de Madrid son cuantificadas las IVEs farmacológicas.
 - La información sexual entre los adolescentes sigue siendo deficitaria.
 - a, b y c son ciertas.
 - Ninguna de las anteriores son ciertas.
16. ¿Qué le RECOMENDARÍA a esta paciente como método anti-conceptivo?
- Preservativo.
 - Píldora anticonceptiva.
 - Implante.
 - a y c son ciertas, porque debe usar doble método.
 - Ninguna de las anteriores.

La conducta violenta en la adolescencia

C. Imaz Roncero*, A. Pérez Cipitria*, J.M. Martínez*,
M.T. Barbero Sánchez**, A. Elúa Samaniego***

* Psiquiatra; ** MIR Psiquiatría; ***Psicólogo clínico.
CS Mental del Niño y del Adolescente del Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. España



Resumen

Desde el punto de vista clínico, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno negativista desafiante (TND) y el propio trastorno de conducta son patologías que aumentan el riesgo de presentar conductas agresivas en la adolescencia. En algunos casos, dichas conductas son hechos delictivos, pero no todos los que realizan este tipo de conductas delictivas presentan el rasgo de insensibilidad emocional ni son psicópatas. Por otra parte, el *bullying* o acoso escolar y la violencia del menor hacia sus ascendientes son problemas emergentes que vemos en el día a día, y que debemos comprender y sobre los que tenemos que intervenir. Los programas de entrenamiento de padres o con familias son los tratamientos que han demostrado mayor eficacia.

Es importante establecer criterios o líneas de actuación para el manejo de los problemas conductuales desde la Pediatría de Atención Primaria y específicamente sobre los problemas de violencia intrafamiliar, siendo este, un espacio privilegiado donde sospechar y detectar precozmente dichas conductas.

Abstract

From a clinical view, there are several concepts which we have to consider because they are conditions that increase the risk of aggressive behavior during adolescence: Disorder attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Oppositional Defiant Disorder (ODD) and conduct disorder. In some cases such behaviors are criminal acts but there are other of them not at all. Maybe, we consider them like a part of a psychopathic personality or just like a violent behaviour. Moreover, bullying and child violence toward their ascendants are emerging problems, we can see these cases in our offices, therefore, we have to understand and act on them. Training programs for parents or families are the best treatments.

It is important to establish some selection criteria or courses of action for the management of these type of behaviour. It is the Primary Care Pediatrics a privileged space where we can suspicious and detect these cases early.

Palabras clave: Violencia; Agresión; Adolescente; Psicopatología; Trastorno conducta infancia.

Key words: Violence; Aggression; Adolescent; Psychopathology; Child Behavior Disorders.

Pediatr Integral 2017; XXI (4): 254–260

Introducción

Problemas conceptuales: Definición de agresividad y violencia

Según la OMS, la violencia es: el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar: lesiones, muerte, daños

psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La violencia⁽¹⁾ comprende, tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados, cubriendo una amplia gama de actos que van más allá del acto físico, incluyendo las amenazas e intimidaciones.

Un joven puede ser violento, al igual que un huracán; pero solo los animales, los primates y los seres humanos pueden ser agresivos. La agresividad, por tanto,

es una cualidad asociada a los seres vivos que no conlleva, necesariamente, destrucción o violencia, siendo esta, para algunos autores, imprescindible para la supervivencia de los seres vivos. Así, en circunstancias de relaciones de convivencia, la agresividad es más bien un mecanismo de defensa.

La agresividad puede ser un síntoma propio de un trastorno o un síntoma asociado, siendo el trastorno de la conducta y el comportamiento anti-

social asociado, el problema mental y de comportamiento más común en niños y jóvenes (Tabla I). Dicha problemática tiene un gradiente pronunciado de clase social, con un aumento de tres a cuatro veces en la prevalencia en las clases sociales más desfavorecidas. Existe un círculo o conexión entre haber sufrido agresión y la evolución a ser sujeto agresor, siendo un factor determinante, en muchos casos, para el desarrollo de este tipo de problemáticas social y de salud.

Epidemiología

Existe una disminución objetiva en los últimos años de los delitos cometidos por menores, aunque es emergente la realización de estos contra sus ascendientes. El acoso escolar es una manifestación de violencia entre iguales. Hay un 3,8% de acosados y un 2,4% de acosadores. Pero también la agresión hacia los profesores es un problema que preocupa socialmente.

El Primer Informe sobre Jurisdicción de Menores titulado: análisis de las conductas antisociales y delictivas de los jóvenes en España, realizado en el 2008 por el Centro de Investigación en Criminología de la Universidad de Castilla-La Mancha, señala que el 98,8% de los jóvenes realizan algún acto antisocial o delictivo alguna vez en su vida en España y baja a un 72,4% cuando se limita a su presencia en el último año. El uso ilegal del ordenador y el consumo de alcohol son las conductas más frecuentes. Conductas más preocupantes, como la participación alguna vez en una pelea, ya “solo” es de un 22,1% si se refiere a si alguna vez ha participado y de un 8,1% cuando esta conducta se ha producido en el último año. El resto de conductas violentas y contra la propiedad no superan un 5% de prevalencia.

Esto quiere decir que los jóvenes de hoy ¿son más antisociales y agresivos que hace años?

La tasa de menores de 14 a 17 años condenados por cada 1.000 habitantes de ese mismo rango de edad fue de 7,9, según indica el INE, en la nota de prensa de 22 de septiembre de 2016. Y hay una tendencia descendente en los últimos años (Fig. 1). Tienen un claro predominio en los varones, 79,7% de los menores condenados y el 20,3% mujeres.

Tabla I. La presencia de la agresividad en los trastornos mentales (según DSM-5)	
Síntoma propio del cuadro	Síntoma asociado, indirecto
- Trastorno de conducta o disocial	- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno negativista desafiante	- Trastorno por abuso de sustancias
- Trastorno explosivo intermitente	- Trastorno del humor (bipolar, depresión)
- Trastorno por intoxicación y abstinencia de sustancias	- Trastorno de ansiedad (TEPT, TEA, fobia, TOC)
- Trastorno de personalidad disocial	- Trastorno psicótico
- Trastorno de personalidad “límite”	- Trastorno autista
- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo	- Retraso mental
	- O problemas orgánicos cerebrales, como epilepsia u otros

En la Memoria de la Fiscalía General del Estado del año 2016, se señala que las cifras de violencia doméstica hacia ascendientes y hermanos, un año más, se mantienen, en este caso con un ligero aumento, ya que se ha pasado de 4.753 procedimientos en 2014 a 4.898 en 2015, señalándolo como un problema social de una magnitud que desborda el ámbito de la jurisdicción, pues es el resultado de un modelo educativo fracasado, carente de pautas de autoridad y de valores definidos.

Otra de las conductas que ha tenido mayor repercusión social de la violencia entre iguales es el acoso escolar⁽²⁾. Siguiendo los criterios más rigurosos, el porcentaje de víctimas de acoso detectado en este estudio es de un 3,8% y el porcentaje de acosadores de un 2,4%.

Pero se habla de una horquilla entre 9-54% en estudios internacionales⁽³⁾.

Los porcentajes más elevados se observan de nuevo en el maltrato de tipo psicológico: el 4,3%, reconoce participar frecuentemente en “hablar mal” y el 3,8% en “insultar u ofender”.

Entre el 1,1% y el 0,2% del alumnado informa haber sido a menudo o muchas veces víctima de grabaciones u otras formas de acoso con nuevas tecnologías.

Pero el comportamiento disruptivo también es el problema más frecuente que dice sufrir “a menudo o muchas veces” el 21,6% del profesorado, mientras que solo reconoce participar en dichas situaciones el 4,1% del alumnado. El 1,5% del profesorado indica haber sufrido con frecuencia insultos por parte

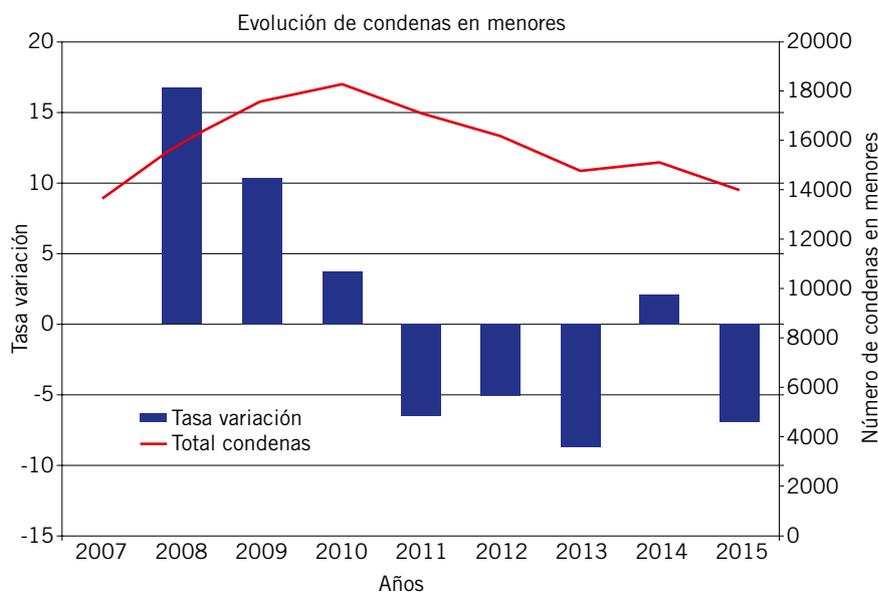


Figura 1. Evolución de las condenas en menores.

del alumnado y un 0,1% agresiones físicas (cifra que sube al 0,6% si se suma la categoría “a veces”). En la más extrema, la agresión física, el 4,1% del alumnado dice haber participado (sumando todas las categorías de respuesta) frente al 0,6% del profesorado que dice haberlas sufrido.

Aspectos clínicos

La evaluación del cuadro debe orientar hacia alternativas realistas y, en lo posible, con diferentes alternativas de intervención. Es preciso implicar, tanto al niño o joven como a la familia en la toma de decisión.

Como médicos, debemos abordar específicamente los problemas o trastornos habitualmente relacionados con la conducta agresiva: trastornos externalizantes (disociales, el negativismo desafiante y el TDAH como los más frecuentemente relacionados), y los trastornos internalizantes (trastornos depresivos y el controvertido trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo).

El pediatra de Atención Primaria, acostumbrado a curar, va a tratar con premura y generalmente con éxito, los problemas físicos generados por los comportamientos violentos.

Pero, además, no debe olvidar, que detrás de una conducta agresiva o violenta hay unos factores etiopatogénicos que debe investigar, entender y sino tratar, al menos, orientar, para su abordaje posterior.

Tendrá que ayudar a los padres, que, desbordados por el comportamiento de sus hijos, demandarán orientación y, aunque sin formación ni recursos, deberá tener criterios de respuesta que para los trastornos de conducta y, según la guía NICE⁽⁴⁾, son:

- En relación con la evaluación: las conductas presentes y la experiencia previa, intervenciones y contactos con los servicios realizadas previamente, la naturaleza, gravedad y duración del (de los) problema(s), el impacto del trastorno en el rendimiento educativo, la presencia de problema crónico de salud física comórbidos y cualquier factor social o familiar que pueda tener un papel en el desarrollo o mantenimiento del (de los) problema(s) identificado(s) o cualquier otra circunstancia específica.

- Y en relación con la intervención o tratamiento: plantear y discutir las posibilidades con el niño o joven y con padres o cuidadores, proporcionando información sobre la naturaleza, el contenido y la duración de cualquier intervención propuesta, su aceptación y tolerancia. Incluye el posible impacto de las intervenciones para cualquier otro comportamiento o salud mental y las consecuencias de la continuación de la prestación de las actuales intervenciones. En dicho proceso hay que tener en cuenta las preferencias del niño o del joven y, en su caso, sus padres o cuidadores al elegir entre una variedad de intervenciones.

El trastorno de conducta o disocial

No debemos hablar en la infancia de psicopatía, sino de rasgos psicopáticos. En la nueva clasificación DSM-5, existe el especificador del trastorno de conducta de “con emociones prosociales limitadas”. Sensibilidad especial merece el TDAH, que, si no se diagnostica o no se trata bien, incrementa los problemas de abuso de sustancias y conductas delictivas, con la agresividad y violencia que estas conllevan.

Los trastornos de conducta se caracterizan por patrones repetitivos y persistentes de conducta antisocial, agresiva o desafiante, que equivale a violaciones significativas y persistentes de expectativas sociales apropiadas para la edad. La clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento de la Organización Mundial de la Salud divide los trastornos de conducta en: trastornos de conducta socializados, trastornos de conducta no socializados, trastornos de conducta confinados al contexto familiar y trastorno desafiante de oposición.

Las conductas agresivas en los primeros años de la escuela y los problemas conductuales en la infancia media son predictores tanto de la delincuencia como de problemas conductuales en la adolescencia^(5,6). Aunque la mayoría de los casos diagnosticados de trastorno de conducta no progresan a trastorno antisocial en la adultez, es mucho más frecuente la evolución (llega a ser el 25-40% de los casos). Detectar y atender estas situaciones en la infancia es una responsabilidad también del pediatra.

La psicopatía en niños y adolescentes es un concepto que se evita por el riesgo de etiquetar a poblaciones en desarrollo, aunque numerosas investigaciones demuestran que este trastorno se inicia en la infancia^(7,8), procurando en estos casos hablar más de rasgos psicopáticos que de psicopatía⁽⁹⁾. En la clasificación DSM-5, se ha incorporado el especificador que corresponde a ese perfil de sujetos “con emociones prosociales limitadas”.

Para valorar la presencia del especificador “con emociones prosociales limitadas” es preciso que el individuo haya presentado, por lo menos, dos de las siguientes características de forma persistente (no solamente episodios ocasionales), en varios contextos (por lo que se necesitan varias fuentes de información) y durante, al menos, doce meses, que incluyen:

- Falta de remordimientos o culpabilidad: no se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo).
- El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.
- Insensible, carente de empatía: no tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.
- Despreocupado por su rendimiento: no muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.
- Afecto superficial o deficiente: no expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida,

poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede “conectar” o “desconectar” las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

Las diferencias clínicas, la variabilidad documentada en la evolución, el impacto de los factores psicosociales son prometedores para la prevención e intervención.

También, es frecuente asociar el término de psicópata con el de delincuente; si bien, no todos los delincuentes son psicópatas y no todos los psicópatas están reconocidos e identificados socialmente como tal.

No todos los trastornos de conducta van a evolucionar igual, así hay descriptos⁽¹⁰⁾: cuadros crónicos de aparición temprana, los limitados a la infancia, los de inicio adolescente, cuadros moderados y leves. Las diferencias clínicas, la variabilidad documentada en la evolución, el impacto de los factores psicosociales son prometedores para la prevención e intervención, frente a los posicionamientos que plantean la estabilidad absoluta de estos cuadros.

Trastorno negativista desafiante (TND) y otros

La distinción principal entre el trastorno desafiante de oposición y los otros subtipos de trastorno de conducta es la extensión y severidad del comportamiento antisocial. Los actos antisociales o criminales aislados no son suficientes para apoyar un diagnóstico de trastorno de conducta o trastorno desafiante de oposición. El trastorno desafiante de oposición es más común en niños de 10 años o menos. Los otros subtipos de trastorno de conducta son más comunes en los mayores de 11 años.

Lo característico del trastorno es que los problemas se presentan con la autoridad (padres, profesores, etc.) sin que haya habitualmente dificultades con iguales. El trastorno negativista desafiante (TND) se presenta con cierta frecuencia en los niños y jóvenes, en muchas ocasiones de forma comórbida y precediendo a los trastornos de conducta, el abuso de sustancias y graves conductas delictivas.

Hay procesos a la edad de 2-5 años donde es típico y normal la presencia de conductas opositoras, que con el incremento de edad van disminuyendo en frecuencia, al igual que sucede con las conductas agresivas, peleas propias de los primeros años de la vida.

El trastorno negativista desafiante forma parte en la DSM-5 de los trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta, al igual que el trastorno explosivo intermitente y el trastorno de conducta. Sin embargo, el trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, con múltiples síntomas comportamentales, se incluye dentro de los trastornos afectivos. El TND y el de desregulación perturbador del estado de ánimo son diagnósticos excluyentes. Pero ambos con síntomas nucleares centrados en el comportamiento. Así, el primer criterio de la desregulación perturbadora del estado de ánimo, se describe como: accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la conducta violenta

El pediatra abordará los problemas físicos generados por la conducta violenta, investigará los factores etiopatogénicos, descartará problemas frecuentemente asociados a la conducta agresiva o violenta, como son: el TDAH, los trastornos de conducta o disocial o el trastorno negativista desafiante.

Hay una mejora en el diagnóstico y el tratamiento del TDAH, pero hay una opinión mediática e incluso en el discurso científico, que señala un posible sobrediagnóstico y una prescripción inapropiada. Esto se justifica por el incremento de la prescripción de metilfenidato del 2002 hasta 2009⁽¹¹⁾: para el grupo de edad 5-18 años, aumentó en 19 de 0,64 DDD/1.000 habitantes/día a 12,0 DDD/1.000 habitantes/día; y para toda la población, aumentó en 18 de 0,08 DDD/1.000 habitantes/día a 1,42 DDD/1.000 habitantes/día.

Pero con dichos datos se estaría en el 1,2% de los TDAH tratados, frente al 5-7% de prevalencia⁽¹²⁾, por lo que no está adecuadamente acreditado dicha afirmación de sobrediagnósticos y sobretamientos.

Pero, además de este dato revelador y objetivo, existe la convicción de que los tratamientos del TDAH, que por una parte se han generalizado, también se han banalizado, perdiéndose el control y seguimiento precisos. La realidad de padres y/o adolescentes que retiran o inician tratamientos sin control por causas diversas, tales como: el periodo vacacional, las salidas de los fines de semana, la presencia de exámenes, etc. aumenta; y alguna de ellas sin justificación clínica alguna. Pero también casos en los que un niño y/o adolescente toma tratamiento durante años sin que nadie hable con el paciente con la única justificación de que alguien se lo recetó en su momento⁽¹³⁾.

El problema de tratar o no tratar el TDAH también tiene consecuencias a medio-largo plazo, existiendo estudios de seguimiento de TDAH tratados frente a los no tratados con un aumento de prevalencia de consumo de alcohol, marihuana y cocaína en el grupo de sin tratamiento⁽¹⁴⁾. Y el reconocimiento temprano y el tratamiento, en combinación con la terapia de comportamiento a largo plazo y/o tratamiento médico continuo y a largo plazo, puede reducir el riesgo de trastorno por uso de sustancias en los pacientes con TDAH^(15,16).

En el TDAH, se ha observado una alta relación entre trastorno por estrés postraumático y otros trastornos externalizantes, como el trastorno opositor desafiante y el trastorno de conducta. El TDAH también se está describiendo con mayor frecuencia en jóvenes detenidos.

Problemas emergentes

La agresión intrafamiliar hacia los ascendientes

Debemos reconocer una nueva realidad social emergente: menores que agreden a sus ascendientes.

También denominada violencia filiofamiliar. Una de las definiciones más completas es la de Aroca⁽¹⁷⁾

que define la violencia filio-parental como: “aquella en la que el hijo o hija actúa intencional y conscientemente con el deseo de causar daño, perjuicio o sufrimiento a sus progenitores, de forma reiterada a lo largo del tiempo, y con el fin inmediato de obtener poder, control y dominio sobre sus víctimas para conseguir lo que desea, por medio de la violencia psicológica, económica o física”. Otros autores⁽¹⁸⁾ definen la violencia ascendente como: cualquier acto que realiza el menor con la intención de controlar a los padres y/o causarles daño psicológico, físico o financiero en ausencia de remordimiento o culpabilidad.

Entre las causas de la violencia de adolescentes contra sus progenitores se encuentran las siguientes: una sociedad permisiva que educa a los niños en sus derechos, pero no en sus deberes, donde ha calado de forma equívoca el lema “no poner límites” y “dejar hacer”, abortando una correcta maduración, así como el hecho de que hay padres que no solo no se hacen respetar, sino que menoscaban la autoridad de los maestros, la policía o de otros ciudadanos cuando en defensa de la convivencia reprenden a sus descendientes.

El acoso escolar

El acoso escolar puede tomar muchos comportamientos. En el cuestionario de Bullying de Olweus⁽³⁾, vienen recogidas las 9 vías más comunes:

1. La intimidación verbal incluyendo comentarios despectivos y malos nombres.
2. La intimidación a través de la exclusión social o el aislamiento.
3. La intimidación física, tales como golpear, patear, empujar y escupir.
4. La intimidación a través de mentiras y falsos rumores.
5. Obtener dinero de la extorsión (extorsión económica) o sustracción de cosas o daños en las mismas por los acosadores.
6. Ser amenazado o ser forzado a hacer cosas por los estudiantes que intimidan, como en los contratos de esclavos.
7. La intimidación racial.
8. El acoso sexual.
9. El acoso cibernético (por teléfono o Internet).

Pero, para hablar de “acoso”, es preciso que incluyan los 3 componentes:

- 1) El comportamiento agresivo, que involucra acciones negativas no deseadas.
- 2) Un patrón de comportamiento que se repite en el tiempo.
- 3) Un desequilibrio de poder o fuerza.

Medidas de intervención con los menores violentos

El marco de intervención, incluye: la familia, los servicios de salud, los centros educativos y los servicios sociales. Hay que ampliar la cartera de servicios ofreciendo programas grupales e individuales.

Siempre es adecuado y conveniente la mejora en la competencia personal, debe conocer el marco legal, y asegurarse de que recibe cuidado por un profesional, evitando el paso de un profesional a otro de forma innecesaria, eludiendo concatenar exploraciones múltiples.

El marco de intervención incluye: la familia, los servicios de salud, los centros educativos y los servicios sociales, siendo la intervención multimodal en diferentes entornos y ambientes con una base cognitivo-conductual la recomendada.

En la guía NICE para los trastornos de conducta⁽³⁾, se proponen las siguientes intervenciones:

- Entrenamiento de grupo de padres para niños de 3 a 11 años, en grupo o individual, pero separando los casos complejos.
- Entrenamiento para cuidadores de centros de menores, para menores de 3 a 11 años.
- Programas focalizados en los chicos en edades de 9 a 14 años.
- Los tratamientos multimodales para los de 11 a 17 años.
- Los tratamientos psicofarmacológicos:
 - Plantearse metilfenidato o atomoxetina, para el tratamiento del TDAH asociado.
 - Considerar la risperidona para el manejo a corto plazo de los pacientes severamente agresivos, con explosiones de cólera y disregulación emocional severa y que no han respondido a las intervenciones psicosociales.

La intervención en la agresión intrafamiliar ascendente

La separación del entorno es una medida que puede ayudar al manejo de la violencia intrafamiliar ascendente. Pero hay pocas alternativas en la actualidad y poco apoyo social sin denunciar.

Cuando este problema se presenta es preciso ayudar a los padres, siendo conscientes de que cuando un menor tenga menos de 14 años y cometa un delito de estas características, la exención de responsabilidad penal por la edad penal en España, no supone una inhibición del sistema de protección y de intervención social⁽¹⁹⁾.

Es necesario conocer y coordinarse con los sistemas de intervención social de cada zona⁽²⁰⁾, especialmente los servicios de protección de menores, aunque se hayan desbordados con un incremento de las adopciones internacionales, puedan estar excesivamente burocratizados y no ofrezcan siempre alternativas.

Es preciso desarrollar programas para trabajar sobre la violencia intrafamiliar ascendente.

En la circular 1/2010, de la Fiscalía General del Estado, sobre el tratamiento del sistema juvenil de los malos tratos de los menores contra sus ascendientes, se recogen como las medidas más adecuadas: la convivencia en grupo familiar o educativo, libertad vigilada o alejamiento y el tratamiento terapéutico de tipo ambulatorio. Lamentablemente, estas medidas solo se producen cuando hay una denuncia. Existiendo pocas posibilidades de intervención previas.

Pero hay proyectos que recogen diversos programas sobre esta problemática, como el proyecto paneuropeo (<http://www.rcpv.eu/es/>) de violencia filio-parental que ofrece recursos de intervención que se utilizan actualmente en otros países, especialmente:

1. Programa *Break 4 Change*. Consta de dos grupos que funcionan en paralelo: uno para padres/tutores y el otro para jóvenes. En el grupo, permite explorar nuevas ideas y permite explorar nuevas formas de relacionarse los unos con los otros. En las sesiones para padres, se aborda: la parentalidad, la magni-

tud del abuso en el ámbito familiar y la repercusión familiar. La posibilidad de compartir experiencias con otros padres y madres permite que la dinámica de aislamiento y vergüenza se rompa. Las sesiones para jóvenes combinan una parte formativa, seguida de una parte creativa. La parte creativa utiliza la composición de letras de canciones, la música rap y el trabajo fílmico para incorporar el progreso, profundizar la reflexión y crear empatía. La parte creativa del programa es una herramienta potente que permite mejorar la concienciación y percepción de los participantes y efectuar e incorporar cambios. La videograbación es una herramienta para permitir el diálogo y el aprendizaje entre los padres y jóvenes que trabajan en grupos separados.

- Y el programa de *Non Violent Resistance* o de «Resistencia no violenta» plantea líneas de investigación en este campo. En este caso, la intervención terapéutica solo es con los padres, sin necesidad de trabajar directamente con el menor. No se trata de recuperar el control parental o el cambio en el comportamiento del hijo o hija como la de promover un cambio en la relación entre el padre/madre y su hijo, en el comportamiento de los padres y en aumentar su presencia positiva en la vida de su hijo. La forma de ejercer la autoridad es un elemento esencial para que pueda ser aceptable.

La intervención en el acoso escolar

Aumentar la visibilidad del problema de la violencia y su reconocimiento va a permitir la búsqueda de soluciones.

Ampliar los sistemas de reconocimiento y canalizar estas demandas, es una de las primeras medidas. Recientemente, se dispone de nuevos sistemas de notificación y son una herramienta indispensable en la lucha contra el acoso escolar, donde se dispone de un teléfono 900 018 018; telegrama 600 909 073 (para personas con discapacidad auditiva) y skype acosoescolar (para personas con discapacidad).

Pero, además de notificar, cuando la conducta agresiva está presente y acu-

den a consulta con esta demanda ¿qué podemos hacer?

Los programas como el Kiva finlandés se centran más en el trabajo con los observadores que con las víctimas y agresores. Produciendo un cambio de enfoque que ha dado amplios resultados en diversos países donde se está aplicando.

Reflexiones finales y conclusiones

- Las conductas violentas y agresivas están presentes en la sociedad y en los jóvenes y no siempre son patológicas, pero pueden ser la expresión de un amplio grupo de problemáticas.
- Las conductas delictivas y los incumplimientos normativos están muy extendidos entre los jóvenes, pero hay una tendencia descendente en los últimos años en su prevalencia.
- La violencia intrafamiliar hacia los ascendientes y los problemas de convivencia entre iguales en el ámbito escolar, con el acoso escolar, son problemas con gran repercusión social.
- Las conductas violentas son un síntoma propio de algunos cuadros psicopatológicos o un síntoma asociado. La sospecha y detección de dichos cuadros, así como de los posibles factores de riesgo asociados a la conducta violenta en los jóvenes, debe ser uno de los objetivos a abordar en los programas de prevención del pediatra.
- Es preciso abordar el TDAH y el TND siguiendo los protocolos de atención y realizando la intervención, ya que es una buena forma de prevenir los problemas de conducta posteriores.
- No hay que olvidar los trastornos depresivos o el nuevo y controvertido, trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, con un marcado componente conductual, aunque con una base emocional.
- La violencia de los menores hacia sus ascendientes es un problema que se fragua desde la infancia y es preciso comprender los mecanismos de actuación y las pautas de manejo. Un adecuado manejo de contingencias

desde los primeros años de la vida también favorecerá su prevención.

- Es preciso ampliar la cartera de servicios para atender estos problemas con intervenciones grupales y programas específicos. Hoy poco disponibles.
- Hay programas estructurados, como por ejemplo: “Break 4 Change” y “Resistencia no violenta”, que pueden orientar el desarrollo de iniciativas locales que son necesarias desarrollar y que sería preciso coordinar entre servicios sanitarios, sociales y educativos.
- La visibilización del problema del acoso escolar y la ampliación de los sistemas de reconocimiento es una de las primeras medidas, pero es preciso luego canalizar estas demandas. Programas centrados en los cambios de actitud de los observadores de las conductas de acoso han dado resultados positivos.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- Global status report on violence prevention 2014. World Health Organization 2014. (www.who.int).
- Estudio estatal sobre la convivencia escolar en la Educación Secundaria Obligatoria. Ministerio de Educación. Secretaría General Técnica Subdirección General de Documentación y Publicaciones, 2010.
- ** Kim Sk, Kim NS. Pediatrician role in youth violence Korean J Pediatr. 2013; 56: 1-7.
- Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management (CG158). National Institute for health and Clinical Excellence (NICE, 2013).
- McGurie J. Reducing personal violence: Risk factors and effective interventions. In: Hodgins S, Viding E, Plodowski A. The neurobiological basis of violence: Science and rehabilitation. Oxford University Press, New York, 2009.
- Loebe R, Stouthamer-Loeber M. Prediction. In Quay C. Handbook of juvenile delinquency. John Wiley & Sons, New York 1987.
- Lynam DR, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. The stability of psychopathy from adolescence into adulthood: the search for moderators. Crim Justice Behav. 2008; 35: 228-43.
- Gao Y, Glenn A, Schug R, Yang Y, Raine A. The Neurobiology of Psycho-

- pathy: A Neurodevelopmental Perspective. *Can J Psychiatry*. 2009; 54: 813-23.
- 9.*** Halty L, Martínez A, Requena C, Santos JM, Ortiz T. Psicopatía en niños y adolescentes: modelos, teorías y últimas investigaciones. *Rev Neurol* 2011; 52 (Supl 1): S19-27.
10. Byrd AL Hawes SW, Loeber R, Pardini DA. Interpersonal Callousness from Childhood to Adolescence: Developmental Trajectories and Early Risk Factors. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2016; 21: 1-16.
11. Treceño C, Martín Arias LH, Sáinz M, Salado I, García Ortega P, Velasco V, et al. Trends in the consumption of attention deficit hyperactivity disorder medications in Castilla y León (Spain): changes in the consumption pattern following the introduction of extended release methylphenidate. *Pharmacoeconomics and drug safety*. 2012; 21: 435-41.
12. Rodríguez Molinero L, López Villalobos JA, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera MT, Ruiz Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España) *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11: 251-70.
- 13.** Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. *Fundació Sant Joan de Déu*, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya*; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.
14. Kollins SH. ADHD, substance use disorders, and psychostimulant treatment: current literature and treatment guidelines. *Journal of Attention Disorders*. 2008; 12: 115.
15. Graham J, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann RW, et al. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 20: 17-37.
16. Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. Prospective Effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder, and Sex on Adolescent Substance Use and Abuse. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64: 1145-52.
17. Aroca, C. La violencia filio-parental: una aproximación a sus claves. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. 2010.
- 18.*** Gesteira C, González-Álvarez M, Fernández-Arias I, García-Vera MP. Programa de adolescentes que agreden a sus padres (P.A.P.): una propuesta específica para el tratamiento de problemas de conducta en el ámbito familiar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*. 2009; 9: 99-147.
- 19.** Informes, estudios y documentos del Defensor del Pueblo. Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social (2009).
- 20.*** de Paül Ochotorena J. La intervención psicosocial en Protección infantil en España: Evolución y perspectivas. *Papeles del Psicólogo*. 2009; 30: 4-12.
21. Imaz Roncero C, Gonzáles Gallegos KG, Geijo Uribe MS, Higuera González MBN, Sánchez Lorenzo I. Violencia en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013; XVII(2): 101-8.
- Informe de las Naciones Unidas que recoge el estado de la situación de la violencia interpersonal.
- Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management (CG158). National Institute for health and Clinical Excellence (NICE, 2013).
- Las guías NICE son un clásico de la medicina de la evidencia y donde se recoge una revisión para la evaluación y el tratamiento. Es recomendable para asentar y aclarar puntos básicos para la comprensión y abordaje de esta problemática.
- Halty L, Martínez A, Requena C, Santos JM, Ortiz T. Psicopatía en niños y adolescentes: modelos, teorías y últimas investigaciones. *Rev Neurol*. 2011; 52 (Supl 1): S19-27.
- Se da una revisión en español al concepto de psicopatía en la infancia y las bases neurobiológicas.
- Gesteira C, González-Álvarez M, Fernández-Arias I, García-Vera MP. Programa de adolescentes que agreden a sus padres (P.A.P.): Una propuesta específica para el tratamiento de problemas de conducta en el ámbito familiar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*. 2009; 9: 99-147.
- Interesante revisión que ofrece guías de referencia para el manejo y/o tratamiento de estos problemas de conducta.
- Kim SK, Kim NS. Pediatrician role in youth violence *Korean J Pediatr*. 2013; 56: 1-7.
- Aborda el papel del pediatra en la prevención y acción contra el acoso y la violencia escolar. Describe las características de los niños acosados y acosadores y la intervención.
- Byrd AL, Hawes SW, Loeber R, Pardini DA. Interpersonal Callousness from Childhood to Adolescence: Developmental Trajectories and Early Risk Factors. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2016; 21: 1-16.
- Describe las trayectorias en los niños y adolescentes con rasgo de insensibilidad personal.

Bibliografía recomendada

- Global status report on violence prevention 2014. World Health Organization 2014. (www.who.int).

Caso clínico

Paciente que recientemente acaba de cumplir 14 años y ha sido atendido en Servicio de Urgencias por un gesto autolítico que se presenta a raíz de una discusión con su madre, se encierra en la habitación y se realiza cortes. Al parecer discuten a raíz de que la madre le acusa de haber fumado porros. Padres separados hace años y convive con la madre y la pareja actual de la madre, con la que tiene muy mala relación. Consume porros de forma habitual y no hace crítica del consumo, aunque había llegado a un pacto con la madre para no consumir, ahora dice que solo se comprometió para que le dejara en paz. Considera injusto

el trato recibido por su madre y su pareja y ha llegado a enfrentarse y a fracturarle la nariz a la pareja de la madre, pero no hace crítica sobre dicho comportamiento, incluso lo justifica por ese trato injusto. Todos le tienen miedo y llevan, al menos, 2 años en esta situación, habiendo consultado con varios profesionales, pero los abandona, porque no considera preciso acudir. Aunque tiene la opción de irse a vivir con su padre, el paciente demanda quedarse en casa de la madre, porque considera que su habitación es su casa, donde puede trabajar y donde necesita que le dejen en paz.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar “on line” a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

La conducta violenta en la adolescencia

17. En relación a la violencia en la adolescencia, señala la respuesta FALSA:

- Los actos delictivos son infrecuentes en la adolescencia.
- En la actualidad, hay una disminución de los problemas delictivos en este grupo de edad.
- La violencia doméstica hacia ascendientes y el acoso escolar son problemas emergentes.
- Hay más víctimas de acoso escolar que acosadores.
- Los problemas en la convivencia escolar no se limitan al acoso escolar.

18. La intervención del pediatra en los problemas de comportamiento en los niños y adolescentes debe centrarse en lo siguiente, SALVO:

- Las conductas en ese momento, la experiencia previa y las intervenciones realizadas.
- La repercusión en el rendimiento educativo.
- La comorbilidad o problemas físicos comórbidos.
- Promover todos los contactos o posibilidades de intervención.
- Implicar al niño o joven con la decisión.

19. Señala la respuesta INCORRECTA sobre los trastornos de conducta:

- Se caracterizan por patrones repetitivos y persistentes de

conducta antisocial, agresiva o desafiante que equivale a violaciones significativas y persistentes de expectativas sociales apropiadas para la edad.

- La DSM-5 divide los trastornos de conducta en: trastornos de conducta socializados, trastornos de conducta no socializados, trastornos de conducta confinados al contexto familiar y trastorno desafiante de oposición.
- La distinción principal entre el trastorno desafiante de oposición y los otros subtipos de trastorno de conducta es la extensión y severidad del comportamiento antisocial.
- El especificador “con emociones prosociales limitadas” incluye las siguientes características: falta de remordimientos o culpabilidad; insensible, carente de empatía; despreocupado por su rendimiento y afecto superficial o deficiente.
- Aunque la mayoría de los casos diagnosticados de trastorno de conducta no progresan a trastorno antisocial en la adultez, es mucho más frecuente la evolución (llega a ser el 25-40% de los casos).

20. En relación especificador “con emociones prosociales limitadas” del trastorno de conducta, señala la característica ERRÓNEA:

- Falta de remordimientos o culpabilidad.
- El individuo muestra una falta general de preocupación sobre

las consecuencias negativas de sus acciones.

- Insensible, carente de empatía.
- Preocupado por su rendimiento.
- Afecto superficial o deficiente.

21. Para el manejo de los trastornos de conducta se proponen los siguientes abordajes, SALVO:

- Entrenamiento de grupo de padres para niños de 3 a 11 años, en grupo o individual, pero separando los casos complejos.
- Metilfenidato o atomoxetina, para el tratamiento del TDAH asociado.
- Programas focalizados en los chicos en edades de 9 a 14 años.
- Los tratamientos multimodales para los de 11 a 17 años.
- La risperidona para el manejo a largo plazo de los pacientes severamente agresivos, con explosiones de cólera y desregulación emocional severa y que no han respondido a las intervenciones psicosociales.

Caso clínico

22. El manejo en Urgencias del caso debe ser un objetivo prioritario, SALVO:

- La evaluación del gesto autolítico, incluyendo otras posibilidades autolesivas.
- No se podría dar el alta hasta que se haya hablado con ambos padres.

- c. No se deben olvidar las lesiones y/o cortes realizados y la repercusión física y psicológica que pueda tener para su atención.
- d. Evaluar la implicación con el consumo de sustancias que ha realizado.
- e. Determinar si el riesgo autolítico es alto y recomendar en su caso el ingreso en Unidad de hospitalización.

23. El paciente reconoce que ha hecho el gesto autolítico de forma voluntaria para manipular o fastidiar al entorno. Señala lo FALSO:

- a. La evaluación del gesto incluye la posibilidad de autointoxicación, porque no está claro que no haya tomado pastillas mientras estuvo en su habitación.
- b. Los gestos autolíticos con intención de manipular o fastidiar al entorno son peligrosos para la vida.
- c. Aunque el paciente niega sintomatología depresiva y niega la existencia de problemas, no se puede descartar un proceso afectivo de base.
- d. El gesto autolítico se produce en el contexto de una dinámica

ambiental con alta agresividad, siendo una forma más de agresión en el contexto familiar.

- e. No hay posibilidad de ganancias secundarias.

24. El DIAGNÓSTICO diferencial en este caso comprende:

- a. Trastorno antisocial de la personalidad.
- b. Trastorno de conducta.
- c. TND.
- d. Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.
- e. Trastorno por uso de cánnabis.

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

L. Rodríguez Molinero

Pediatra Acreditado en Medicina de la Adolescencia por la AEP. Consulta de Adolescencia, Hospital Campo Grande. Valladolid



Resumen

Este tema da para varios libros. La mayor dificultad ha sido siempre 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.

Presento una síntesis actualizada y, en ocasiones, en forma de esquema, para provocar el estudio y la comprensión, y suscitar la creación de servicios de ayuda a los adolescentes. En general, la socialización y la educación son tareas que exceden a la propia familia, cada vez más. Los profesionales de la salud, en nuestros cometidos físico, psíquico y social, podemos intervenir tempranamente en lo referente a la prevención primaria.

Existe amplia bibliografía al respecto. Me han parecido más realistas 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 tipos de sociedades.

El Instituto de la Juventud Española tiene multitud de estudios, algunos se citan en la bibliografía, que me han ayudado a ofrecer una visión actualizada del adolescente y su entorno.

Abstract

This topic gives for several books. The greatest difficulty has always been to synthesize in an article the number of theories, hypotheses and evidences about the adolescent world in a society in constant change, subject to consumption, industry, production and the market.

I present an up-to-date synthesis, and sometimes in outline form, to provoke study and understanding, and to promote the creation of adolescent support services. Socialization and education in general are tasks that exceed one's family more and more. Health professionals, in our physical, psychic and social roles, can intervene early in primary prevention.

There is ample bibliography in this respect. I have found the Spanish studies to be more realistic in our environment and our circumstances, since the difference of values, customs and norms from one society to another makes us speak of as many teens as types of societies.

The Institute of Spanish Youth has many studies, some are cited in the literature, which have helped me to offer an updated view of the adolescent and his environment.

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

Key words: Adolescence; Family; School; Friends and mass media.

Pediatr Integral 2017; XXI (4): 261–269

Introducción

Los medios de comunicación, por lo general, transmiten noticias referidas a los adolescentes en lo que tienen de negativo. El conocimiento del desarrollo del cerebro ha puesto de manifiesto que hay dos etapas para el aprendizaje: la primera infancia y la adolescencia.

Malala es una adolescente pakistaní que en 2014, cuando tenía 17 años, recibió el premio Nobel de la Paz junto a otro activista. Este dato y la lectura de un artículo de José Antonio Marina sobre el talento de los adolescentes, me ha llevado a pensar en el mal ejemplo que estamos dando difundiendo mensajes negativos

de los adolescentes. De forma que, me ha recordado el axioma de la psicología evolutiva de la “profecía autocumplida”. Los medios de comunicación, por lo general, transmiten noticias referidas a los adolescentes en lo que tienen de negativo, consideran la adolescencia como un peligro social, como una etapa difícil de la que se sale con sufrimiento. El

“efecto Pigmalión” supone el fenómeno contrario y es más educativo. Pensar que se puede lograr lo que parece casi imposible o difícil, y aportar los estímulos suficientes, hace que al final se consiga lo que se pretendía. Hay evidencias y demostraciones que lo avalan. Los médicos siempre hemos tenido una visión muy sesgada de la realidad que percibimos desde el punto de vista de nuestro trabajo. Nos disculpa el oficio, pero somos conscientes de este error, y en la medida de lo que podemos, queremos ver la adolescencia de otra manera.

Los datos avalan lo que decimos. Según el Instituto de la Juventud Española (INJUVE), en el seguimiento desde el año 2002 al 2014, entre el 83 y el 78% de los jóvenes declaran sentirse satisfechos. Los aspectos en los que la juventud manifiesta sentirse más satisfecha son: las relaciones familiares (64%), la salud (56%) y las relaciones de amistad (53%)⁽¹⁾. Son datos más optimistas de lo que se divulga.

El conocimiento del desarrollo del cerebro ha puesto de manifiesto que hay dos etapas para el aprendizaje: la primera infancia y la adolescencia. En esta última, es donde el área prefrontal, responsable de las capacidades ejecutivas y sociales, está sometido a un aumento de la sinaptogénesis y mielinización (Sarah-Jaynes Blackmore).

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 constantes readaptaciones 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 de que se ha desarrollado todo un sistema para entender esta etapa desde un modelo sociológico (teoría del aprendizaje social de Bandura)⁽²⁻⁴⁾. Este modelo atribuye mucho valor a la influencia que ejerce la sociedad sobre los adolescentes: la pérdida del papel educativo de los padres, la oferta de un consumo sin límites, la falta de horizontes de futuro capaces de ilusionarles, la sobreestimulación sensorial y la sobreexcitación sobre una personalidad aún inmadura, la ausencia de servicios

asistenciales de tipo sanitario o social que atienda sus demandas, etc.

Los adolescentes se hacen especialmente críticos con los diferentes contextos en que viven. El problema que se plantea con mayor intensidad en 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 extravertidos 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.

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: afecto, intimidad y capacidad para vincularse y desvincularse. Hay, por tanto, que dejar de lado la visión negativa de la sexualidad y abordarla con actitudes positivas.

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 (aprendizaje social) y van a esperar de estos 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

Tabla 1. Informe de la familia española en el 2016

- Desde 1980 se ha reducido un 25,4% la natalidad
- Se necesitan, al menos, 260.000 nacimientos anualmente para asegurar el nivel de reemplazo generacional
- Además, este lleva 35 años por debajo del nivel de reemplazo generacional
- España necesita 719 nacimientos al día para sobrevivir como sociedad
- España es el país de la UE28 en el que se tienen los niños más tarde
- Además, el aborto frena la natalidad: España superó los 94.000 en 2014
- El 18,16% de los embarazos termina por voluntad de la madre. Desde 1985 ha habido más de 2 millones
- Esto supone que España sea el tercer país de la UE28 (con Reino Unido y Francia) con mayor número de abortos
- Desde 1981, la población mayor se ha duplicado y la población juvenil se ha reducido la cuarta parte
- Se han perdido 2,6 millones de jóvenes
- Cada vez hay más parejas de hecho. Uno de cada 7 hogares de parejas es de este tipo
- Se ha pasado de 563.785 parejas de hecho en el año 2001 a 1.602.900 en el 2014
- La natalidad extramatrimonial se ha cuadruplicado desde 1995 y supera ya la media de la Unión Europea (39%)
- Los nacimientos fuera del matrimonio han pasado de 40.000 en 1995 a 181.691 en el 2014, lo que ha supuesto un crecimiento del 277%
- Se producen al año más de 105.000 rupturas familiares. De ellas, 100.746 son divorcios, 5.034 son separaciones y 113 son nulidades
- El divorcio afecta anualmente a casi 100.000 niños (92.753 hijos en el 2014)
- Tan solo en los últimos 5 años (2010-2014) 458.371 menores se han visto afectados por el divorcio de sus padres
- Los hijos menores son los más afectados por la ruptura. 9 de cada 10 rupturas (90%) tienen hijos que no han alcanzado los 18 años
- Esto afecta a más de 83.900 hijos menores de edad
- La población separada/divorciada se ha duplicado en los últimos 10 años, con 2,3 millones de personas, representa ya el 6% de la población adulta española
- En el 2014, se produjeron 162.554 matrimonios y 105.893 rupturas familiares
- La tasa de ruptura/matrimonio española (0,65) está muy por encima de la media de la Unión Europea (0,46)

Tabla II. 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
- 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 y acompañan en el crecimiento
- Coherentes entre lo que se dice y lo que hacen
- Saben que tienen 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

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 (F. López. El aprendizaje de la disciplina).

Sin embargo, la cultura occidental no ha resuelto el papel 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 estamos 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.

La familia

La familia española ha sufrido en muy pocas décadas la transformación que otros países han pasado en un siglo.

La familia es el lugar donde se desarrolla el adolescente desde el nacimiento y en ella se satisfacen todas las necesidades del desarrollo y la adaptación del adolescente. La familia española ha experimentado en muy pocas décadas la transformación que en otros países ha sucedido en un siglo⁽⁵⁾ (Tabla I). 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 de pérdida de funciones y cambio de forma de las familias a lo largo de su modernización. 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, no hace más de un siglo, el amor, el respeto o el cariño eran elementos ajenos a la unidad familiar. Probablemente, con los cambios familiares descritos y la incorporación de la mujer al trabajo no se ha producido 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

Tabla III. Características de la familia disfuncionante

- Aquellas de ambiente frío, cortés, cargado de secretos...
- Los integrantes apenas se toleran. La relación es poco amistosa
- 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

una afectividad segura y confiada. Lo opuesto, es la soledad emocional, el sentimiento de desconfianza y desprotección. Esta soledad se hace intolerable y hasta puede incidir en la salud física. El apego nos enseña un estilo relacional que refleja un grado de confianza o desconfianza hacia los demás que repercute en las relaciones sociales, de amistad y de intimidad; y nos enseña también un código necesario para usar en la comunicación y en la intimidad: tocar y ser tocado, mirar y ser mirado, abrazar y ser abrazado, expresar emociones y entenderlas...⁽⁶⁾ (Tablas II- IV).

La madre suele ser la figura de apego más común, pero no la única. Es necesario preparar a los padres para 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.

Tabla IV. Diferencias entre familia funcionante y disfuncionante

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

Criar, educar, socializar

Educar para la vida en normas, valores y comportamientos es facilitarles la incorporación de una manera flexible, ágil y sin sufrimientos ni conflictos. 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.

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⁽⁶⁾.

Criar y educar, en la práctica, no es más que facilitar el bienestar físico, psíquico y social y, en definitiva, socialización de los adolescentes. Educar 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 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 preguntarnos constantemente si lo estamos haciendo bien, si podemos mejorar, etc.

Educación en valores, actitudes y normas

Estamos de acuerdo con Victoria Camps cuando escribe: “[...] La edu-

cación ha perdido el Norte, ha caído en la indefinición y ha olvidado su objetivo fundamental: la formación de la personalidad. Una formación que corresponde, sobre todo, a la familia, pero también a la escuela, a los medios de comunicación, al espacio público en todas sus manifestaciones. Urge, por tanto, volver a valores como: el respeto, la convivencia, el esfuerzo, la equidad o la utilización razonable de la libertad [...]”. (V. Camps, “Creer en la Educación”).

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. Valores son: conceptos o creencias, modos deseables de ser o comportarse, universales, que dan lugar a las normas y están jerarquizados. 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 tienen en la autoestima y concepto de sí mismo. La vida y la salud son valores que, pese a ser muy potentes, para muchos adolescentes están por debajo de la libertad o el placer. Por eso no es raro oír en las consultas “mi cuerpo es mío y hago con él lo que quiero”. En efecto, la libertad es para muchos adolescentes un valor principal y no es fácil convencer de lo contrario. Educar en los valores no significa imponer, sino más bien proponer, desarrollar la capacidad de elección del adolescente e impulsar su coherencia entre lo que piensa, dice y hace y así madurar en las tres dimensiones de los valores: la intelectual, la afectiva y la de la libertad de comportamiento.

Cuando hablamos de educar en valores, se trata de aprender: actitudes, hábitos, normas, costumbres, creencias y responsabilidades sociales que se ha demostrado son útiles para el desarrollo de la persona, y que se suelen transmitir 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 en que la familia educa menos, la influencia del ambiente extrafamiliar es mayor⁽⁶⁾.

Actitud, según Eiser, es: “predisposición aprendida a responder de un modo

consistente a un objeto social”. Influye de forma determinante en la personalidad. Se aprende con la experiencia, es temporal y contiene 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 más importante donde se adquieren las actitudes, tanto el niño como el adolescente y, como es de esperar, se trata de que estas sean lo más positivas posible. Algunas actitudes trascendentes:

- Actitudes motivacionales. Se trata de que los adolescentes aprendan a superarse y encontrar satisfacción por la tarea bien realizada, lo cual contribuye al aumento de su autoestima, valorando 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. Tiene que haber coherencia entre las responsabilidades que se aprenden en la familia y en la escuela para no crear conflictos difíciles de superar.

Los conflictos

Los conflictos son motivo de malestar, insatisfacción, en ocasiones, situaciones muy violentas y hasta de rotura familiar. En principio, los conflictos forman parte de la vida misma y no tienen por qué ser malos.

Conflicto es enfrentamiento: los intereses del adolescente no coinciden con los de los padres. Los conflictos son motivo de malestar, insatisfacción y, en ocasiones, situaciones muy violentas y hasta de rotura familiar. En principio, los conflictos forman parte de la vida misma y no tienen por qué 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 si se resuelven y de qué manera, y ahí está lo negativo. Podemos decir que hay muchos tipos de conflictos, ya que están ligados a los valores, actitudes y normas de cada uno.

Para resolver los conflictos: en primer lugar, hay que desear resolverlos, pues paradójicamente en todo conflicto hay ganancias secundarias que les hacen perdurar. Ciertas actitudes, algunas situaciones inconscientes o biográficas o falsas apreciaciones pueden contribuir a mantener los conflictos⁽⁷⁾.

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

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

Una vez que hemos aceptado que los conflictos nos acompañan ineludiblemente a lo largo de nuestra vida, 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 auto-crática, 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 cooperación 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 dominar la hostilidad cuando esta se produzca. La inmadurez y la fragilidad emocional y del control de la conducta de los adolescentes provoca hostilidad cuando se producen conflictos en la familia.

La tensión familiar

Cierta dosis de tensión puede ser creativa y estimulante para el desarrollo personal. Pero el exceso puede terminar en agobio y en daño. Es conveniente conocer cómo se puede afrontar la tensión para evitar situaciones que alteran la paz familiar, sobre todo, cuando tratamos con adolescentes.

Tensión es presión emocional y mental. Está ligada a la propia actividad vital. Puede ser generada, tanto por situaciones tristes o negativas como por aspectos positivos y alegres: la misma tensión puede producir el exceso de actividad laboral, como el enamoramiento. La vida sin tensión puede ser aburrida. Un poco de tensión puede ser creativo y estimulante para el desarrollo personal. Pero el exceso puede terminar en agobio y en daño.

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

Es conveniente conocer cómo se puede afrontar la tensión 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; 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 y 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 porque constituye un problema frecuente en cualquier clínica con adolescentes⁽⁵⁾. Hay muchas familias que, llegado el caso, son responsables y tienen en cuenta la parte más débil de la familia, los hijos. La crisis debida a la separación, es un conflicto familiar, pero, además, supone una alteración del bienestar físico, psíquico y social del adolescente. Se considera el acontecimiento vital más importante en la vida del adolescente, por detrás de la muerte de uno de los padres y de los abusos sexuales.

Que los padres no se separen para evitar este daño, no puede aceptarse como razón, porque se ha demostrado que es peor la persistencia de una convivencia imposible^(8,9). Es conveniente recordar a los padres que, aunque dejen de ser esposos, siguen siendo padres a efectos de protección, ayuda, apoyo psicológico y educativo. Seguir expresando el amor por sus hijos y garantizar un espacio en el nuevo hogar del padre o de la madre es fundamental.

Los amigos

Los amigos pueden influir positiva o negativamente, dependiendo de la autoestima y la propia seguridad.

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 y la búsqueda de nuevos vínculos que sustituyan a la familia. La necesidad de ser aceptado en el grupo de iguales pone a prueba las habilidades personales, familiares y sociales aprendidas en la infancia. Los amigos pueden influir positiva o negativamente en aspectos académicos, morales y de salud, dependiendo de la autoestima y la propia seguridad. Se puede decir que, si la aceptación por los amigos es satisfactoria, la competencia social en la edad adulta será la misma. Según Maslow, los adolescentes

necesitan una red social de apoyo que facilite la superación de la familia como unidad de convivencia y les ayude a ser independientes, tanto por la amistad como por proyectos afines culturales, políticos, religiosos.

El consumo es un elemento integrador de los adolescentes. La relación con el objeto de consumo es fugaz, dura, mientras se usa y es sustituida por otro objeto. Se cambia de residencia, de hábitos, de modas, de ideología y hasta de orientación sexual con suma facilidad. Es lo que se ha llamado “sociedad líquida” (Bauman, 2002). Este ambiente educativo en el que han crecido los adolescentes, va a chocar con las imposiciones de la crisis económica, la austeridad y el menor consumo⁽¹⁾.

A diferencia de la familia, los amigos 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 desconfiados, tímidos o espontáneos, asertivos o no... Otro elemento importante 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 tensión 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 importantes factores de socialización 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... Intervienen cuatro factores: el sistema educativo, la escuela, el maestro y los propios alumnos⁽⁸⁾.

El sistema educativo

Para perdurar, cualquier ley de educación tiene que estar consensuada por la gran mayoría de las fuerzas políticas.

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 aprendizaje son distintas. Todo ello, para que la escuela sea un lugar de formación y no de deformación o sufrimiento. La realidad clínica, que vemos en ocasiones, está alejada de este planteamiento ideal. En el fondo, los sistemas son poco flexibles por su estructura, o por falta de tiempo o de recursos asignados. La sociedad tiene lo que se merece si no dota a la enseñanza de los medios para cumplir los fines que la Ley reconoce. Leyes más humildes y realistas son mejores que aquellas que no pueden cumplirse. Para perdurar, cualquier ley de educación tiene que estar consensuada por la gran mayoría de las fuerzas políticas. Los ciudadanos españoles en poco tiempo hemos conocido varias leyes que cuando salen del Parlamento no encuentran las estructuras escolares aptas para lo que se propone. Es necesario pensar en leyes que tengan duración, porque la educación de los adolescentes lo merece.

Los programas deben contener conocimientos, pero también: formación de las personas, temas de desarrollo evolutivo, relaciones interpersonales, urbanidad, ética y educación para la democracia (respeto y tolerancia).

Así como en la familia, el ejemplo de los padres forma parte de la educación, en los planes educativos, el ejemplo de los responsables es el modelo de identificación extrafamiliar.

El avance de la neurología y la pedagogía ha desarrollado la neuroeducación, que ha puesto en relación el aprendizaje con las emociones. Hay

conexiones entre el lóbulo prefrontal y la amígdala, que forma parte del sistema límbico, de forma que los aprendizajes ligados a emociones son más fácilmente retenidos en la memoria a largo plazo. En la adolescencia, cuando más aprendizajes racionales hay (matemáticas, física, química...), es cuando el cerebro es más emocional. Hay que lograr que los alumnos digan “sígame contando eso, profesor, que me interesa...”. Tenemos que mimar a los profesores, formarles en neuroeducación y cuidarles como elementos imprescindibles en un buen sistema educativo⁽¹⁰⁾.

La escuela como ecosistema que rodea al niño

El entorno natural, libre de ruidos o de tráfico excesivo y contaminación, los 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.

La permisividad excesiva en la sociedad y la propia familia se trasladan a la escuela en forma de desautorización a los profesores y desprestigio derivado de las opiniones vertidas por algunos padres o ciertos medios de difusión. En consecuencia, los profesores no tienen ni el compromiso ni la motivación ni la dedicación que su labor precisa.

El maestro o profesor

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.

Maestro o profesor, da igual la denominación, es la pieza clave en la enseñanza. La enseñanza, como la medicina, al ser una labor que no puede sustituirse por la técnica, depende de la calidad del profesor. Pueden actuar negativamente sobre el desarrollo del alumno tanto un profesor incompetente, como uno 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 etc., son influencias negativas 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. Su capacidad de penetración en los diferentes espacios vitales va en aumento y no solo a través de la información, sino también a través de la diversión y el entretenimiento⁽¹¹⁾. La relación, entre los medios de difusión y los adolescentes, se mueve entre el amor y el odio, aunque finalmente predomine el pragmatismo, puesto que se sirven de ellos para relacionarse o para obtener una información puntual. Los adolescentes “hacen realidad a través de la virtualidad digital”. Los padres se preguntan si en una personalidad en pleno desarrollo, los medios de comunicación serán buenos o malos. 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 exis-

ten en su entorno, siempre acelerado y cambiante” (J. Rifkin, 2000).

Los adolescentes son nativos digitales, mientras que sus padres son emigrantes digitales. Ambos conceptos marcan una diferencia generacional difícil de superar que se ha llamado brecha digital. Los medios son agentes de socialización capaces de complementar, potenciar o anular la influencia de otros agentes tan fuertes como la familia o la escuela.

“Las cifras resultan abrumadoras: más de 10.000 horas invertidas en videojuegos; más de 200.000 mensajes de correo electrónico gestionados –tanto recibidos como enviados instantáneamente–; más de 10.000 horas empleadas hablando por el teléfono móvil; más de 20.000 horas viendo televisión –de las cuales, un alto porcentaje se aplica a las MTV de alta velocidad–; más de 500.000 anuncios publicitarios vistos y, quizás, a lo sumo, 15.000 horas destinadas a la lectura de libros”⁽¹²⁾.

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 (J. Vela Vila, 2005).

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 hubiera publicidad, “estaríamos hablando de otra sociedad” (Bandura). 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, hasta el nivel de que en la “sociedad de la información” todo está interconectado en forma reticular. La población joven es especialmente sensible a las nuevas tecnologías, dada su plasticidad para el uso de estos artefactos; y, además, son especialmente frágiles al abuso y dependen-

cia de ellos. La televisión ha quedado atrás ante los teléfonos móviles, los videojuegos, internet y sus diferentes modalidades de comunicación (chats, blogs, whatsapp etc.). Es ya tan conocida su influencia que no voy a detenerme en ella⁽¹³⁾.

Paradójicamente, las grandes oportunidades, como el teletrabajo y la teleenseñanza que pudieran ser útiles para los adolescentes, 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⁽¹⁴⁾. 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 y teléfonos inteligentes (TM) se ha constituido en un fenómeno social sin precedentes a pesar de su corta existencia (1995). En España, en el año 2012, había más de 50 millones de TM en 46 millones de población. Los teléfonos fijos existen desde el año 1920 y apenas llegan a los 17 millones. Se trata de un fenómeno social más importante que la presencia de la televisión en la sociedad. Varias son las razones que lo justifican⁽¹⁾:

1. El fenómeno va variando a lo largo de la adolescencia-juventud. Se empieza jugando, se continúa con mensajes y, finalmente, se transforma en comunicación verbal.
2. 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”.
3. 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

Tabla V. Efectos de los videojuegos

Efectos positivos

- Coordinación ojos-manos
- Capacidad lógica y espacial
- Resolución de problemas y desarrollo de estrategias
- Concentración, atención, colaboración, cooperación, discriminación y selección de información relevante
- Estimulación auditiva
- En adultos, pueden funcionar como un liberador de estrés
- Mejoran la salud visual y habilidades para la cirugía
- Efecto de atenuar el dolor

Efectos negativos

- Riesgo de uso abusivo de los videojuegos, sobre todo, cuando no se vigila
- Propensión a la agresividad
- Falta de asertividad
- Bajo rendimiento académico
- Frenar algunos aspectos de su desarrollo motriz y conducir a una falta de socialización
- Falta de compromiso y responsabilidad o esfuerzo, con actividades que no estén relacionadas con el juego

forma de independizarse y sentirse más libres. 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.

4. 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.
5. 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. Estudios europeos demuestran que también los adultos usan videojuegos, ya sea de manera habitual (48%) u ocasional (23%)⁽¹⁵⁾. En España, lo hace un 40%. Además de los ya señalados, un estudio (Parra, David, et al. (2009) en una encuesta a españoles mayores de

35 años, reveló que “los videojuegos se están implantando con singular intensidad en el conjunto de la población española. Más de la mitad de los españoles mayores de 35 años (53,5 por ciento) juega con videojuegos (de manera esporádica o habitual)”⁽¹⁶⁾.

Los efectos psicológicos han sido estudiados con interés y son motivo constante de debate. Son efectos positivos y negativos que se describen en las tablas V y VI.

Los videojuegos pueden aislar al chico de su ambiente natural social con consecuencias sobre su desarrollo psicosocial. Pero, también, pueden 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.

“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”⁽¹⁷⁾.

Tabla VI. Valores educativos de los videojuegos en adolescentes

- Es un juego que se adapta a la era de la informática en la que ha nacido
- Materiales con una capacidad de motivación muy alta
- Mejoran los aspectos procedimentales del trabajo de los estudiantes
- Son muy flexibles, dado que se pueden utilizar en diferentes asignaturas y de manera transversal
- Proporcionan elementos para mejorar la autoestima de los alumnos
- Es un material que está a disposición, tanto de los alumnos como del profesorado
- Los juegos educativos se presentan en los últimos tiempos, como una alternativa a los videojuegos violentos

Bibliografía

1. http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/26/publicaciones/IJE2012_0.pdf.
2. https://es.wikiversity.org/wiki/Aprendizaje_adolescente.
3. Castellano Barca G. El adolescente y su entorno: sociedad, familia y amigos. *Pediatr Integral*. 2005; IX(1): 41-6.
4. Rodríguez Molinero L. *Revista española de pediatría: clínica e investigación*. 2007; 63: 29-37.
5. Informe de la evolución de la familia española 2016. En: <http://www.ipfe.org/España/Documento/105>.
6. Campaña “Educa, no pegues”. Ed. Save the children (colaboración: Ministerio de Asuntos Sociales). Madrid 1999.
7. Estrategias para prevenir y afrontar conflictos familiares. Ministerio de Asuntos Sociales. 2006, disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.mssi.gob.es/documentos/Estrategias-prevenir-afrontar-conflictos.pdf>.
8. 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.
9. Wallerstein JS, Corbin SB. *Daughters of divorce: Men, women and children a decade after divorce*. New York: Ticknor and Fields, 1989.
10. Sáez C. En: http://www.ub.edu/geneticaclass/davidbueno/Articles_de_divulgacio_i_opinio/Altres/Neuroeducacion-QUO.pdf.
11. Rodríguez E, Navarro J, Megías I. Jóvenes y los medios de comunicación. La comunicación mediática entre los jóvenes madrileños (FAD). En: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=444650558&menuId=572069434>. Edición electrónica. Edición papel. 2001.
12. Prensky M. “Digital Natives, Digital

- Immigrants”. En: <http://www.marc-prensky.com/writing/Prensky>.
13. Lorente S, Bernete F, Becerril D. Jóvenes, relaciones familiares y tecnología de la información y de las comunicaciones. En: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=2062358036&menuId=572069434>. Edición electrónica. Edición papel. 2004.
 14. España, a la cola de Europa en teletrabajo. Publicado en: Finanzas, el 16/02/2017. En: <http://www.finanzas.com/noticias/empleo/20170216/espana-cola-europa-teletrabajo-3569026.html>.
 15. <http://www.isfe.eu/industry-facts>.
 16. Llorca MA, Bueno GM, Villar Fernández C, Diez MA. Frecuencia en el uso de videojuegos y rendimiento académico. II Congreso Internacional de Comunicación. Salamanca 2010. Disponible en: <http://campus.usal.es/~comunicacion3punto0/comunicaciones/022.pdf>.
 17. Rodríguez E (coordinadora). Jóvenes y videojuegos: Espacio, significación y conflictos (FAD). En: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=1355306986&me->

nuId=428194837. Edición electrónica. Edición papel. 2002.

Bibliografía recomendada

- Bienestar y protección infantil. Disponible en: http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos-03SubSec/necesidades_infantiles.pdf. Un estudio de las necesidades de la infancia y adolescencia para lograr un buen trato que facilite el desarrollo del niño. Con la maestría y pedagogía de un profesor emérito, lleno de experiencia y dinamismo entre profesionales de la salud infantil. Publicación fácil de leer y muy asequible y recomendable a profesionales de la salud infantil con ganas de profundizar en los detalles de la buena puericultura.
- Alberdi I. La nueva familia española. Aunque publicada en 1999, tiene pleno vigor para conocer los cambios de la familia en España. Describe los valores que persisten y tiene una visión optimista de cómo se ha ido adaptando a los cambios sociológicos, feminismo incluido.
- http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20%20entorno_completo.pdf. El Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE)

realiza periódicamente encuestas muy bien diseñadas y dirigidas que nos aportan datos muy útiles en el conocimiento del entorno de los adolescentes, desde ocio y tiempo libre, actividades culturales hasta violencia. Imprescindible para actualizar conocimiento y evitar prejuicios.

- <http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/adolescentes-de-hoy.pdf>. La liga española para la educación en colaboración con el Ministerio de Educación tiene esta publicación: “Adolescentes de hoy aspiraciones y modelos”, donde describe los valores escolares de nuestros adolescentes, así como sus aspiraciones que constituirán la base de su motivación.
- <http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/46/publicaciones/Gu%C3%ADa%20de%20actuaci%C3%B3n%20contra%20el%20ciberacoso.pdf>. Guía de actuación contra el ciberacoso. Padres y educadores. Editado por Inteco y el Ministerio de Industria y Energía. Los autores son profesionales del campo de la salud y de la justicia, conocedores del daño que las nuevas tecnologías pueden producir, elaboran una guía de actuación cuando nos encontremos con algún caso relacionado con el ciberacoso. Imprescindible en la consulta de adolescente.

Caso clínico

Acude a consulta programada de recién nacido, una adolescente de 15 años (Ana). Vive en Casa de Acogida de Madres Adolescentes y viene acompañada de una empleada de la casa.

Natural de un pueblo de una provincia próxima. Ana quedó embarazada a los 14 años de un chico con el que salía desde dos meses antes, estudiando 2º de ESO en IES Público. Ocultó su embarazo hasta el 3er mes. Su novio la ofreció la posibilidad de abortar, pero tenía miedo.

Familia

Padre 45 años, obrero agrícola en paro. Alcoholismo en tratamiento. Separado desde hace 2 años. Apenas visita a la familia. Estudios elementales.

Madre 42 años, empleada en agencia de limpieza. Estudios elementales.

Hijos: 2/3. Hermano mayor de 18 años está en Garantía Social. Hermano de 12 en primaria en escuela pública.

Los padres proceden del mismo pueblo donde se conocieron. Separación hace dos años por alcoholismo paterno. No refiere violencia familiar. Problemas económicos.

Vivienda social de 80 m² en barrio periférico.

Tiene buena relación con la madre. No ve al padre desde hace más de un año y no quiere saber nada de él.

Abuelos paternos. Abuelo falleció de cáncer de pulmón y abuela vive sola en un pueblo.

Abuelo materno pensionista, hipertensión y artrosis. Abuela diabetes tipo II y obesidad en tratamiento. Viven solos. Ayudan a la familia.

Dinámica familiar

Los padres se casaron por embarazo cuando la madre tenía 24 años. Padre pasaba muchas horas fuera de casa. Ana recuerda a su madre sola y, en ocasiones, llorando.

El padre no colabora al mantenimiento familiar. La madre trabaja por turnos y recibe ayuda de los abuelos maternos.

Ana es la 2ª de 3 hermanos. Dice no llevarse bien con su familia, sobre todo, con su padre al que no ve desde hace más de un año. Conoció a un compañero en el instituto 2 años mayor (16 años), estudiante de 2º de ESO, con el que salía a menudo. Los fines de semana, volvía tarde a casa. No reconoce estar enamorada, aunque sí le gustaba.

El novio es el primer hijo y único hijo de una pareja que han convivido durante 10 años y en la actualidad separada. No ha tenido contacto con ambientes de drogas (cannabis ni similares), aunque solían hacer botellón los fines de semana, en alguna ocasión hasta emborracharse.

Tenían relaciones sexuales con frecuencia a petición de su “novio” la mayoría de las veces sin protección.

Cuando se enteró de su embarazo, acudió a su pediatra que la derivó a Servicios Sociales, los cuales la remiten a la Casa de Acogida de Madres Adolescentes para su cuidado.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

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

25. ¿Cuál de estas afirmaciones referidas a la adolescencia se aceptan como CIERTAS?

- a. Los medios de difusión transmiten una imagen negativa de la adolescencia.
- b. La Neurobiología ha descubierto que hay dos ventanas de aprendizaje, la primera infancia y la adolescencia.
- c. Según la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, la influencia de los modelos sociales son muy potentes en la etapa adolescente.
- d. a y b son ciertas.
- e. a, b, y c son ciertas.

26. Según el informe sobre la Familia Española 2016, ¿cuál de estas afirmaciones NO ES CORRECTA?

- a. La natalidad ha disminuido desde 1980.
- b. Es el país de Europa con más abortos.
- c. La tasa de rupturas de matrimonios está muy por encima de la media europea.
- d. El 90% de los hijos en las familias separadas tienen menos de 18 años.
- e. La población separada divorciada se ha duplicado en los últimos 10 años.

27. Sobre los conflictos familiares, ¿cuál crees que son CIERTAS?

- a. Están presentes en todas las familias.
- b. Suponen un malestar importante y puede alterar la paz familiar.
- c. Es un enfrentamiento de intereses.

- d. Son ciertas la a, b y c.
- e. Solo es cierta la a.

28. De estas afirmaciones, ¿cuál crees que se adapta más a la realidad escolar española?

- a. La enseñanza nunca debe ser personalizada.
- b. Un gran inconveniente es la falta de consenso político para elaborar leyes que duren en el tiempo.
- c. La permisividad social genera falta de respeto a la autoridad educativa.
- d. b y c.
- e. Ninguna es cierta.

29. De todas las que enumeramos, ¿cuál crees que es la respuesta FALSA sobre las ventajas de los videojuegos?

- a. Mejoran los aspectos procedimentales del trabajo de los estudiantes.
- b. Son muy rígidos y no se pueden utilizar en diferentes asignaturas y de manera transversal.
- c. Proporcionan elementos para mejorar la autoestima de los alumnos.
- d. Es un material que está a disposición, tanto de los alumnos como del profesorado.
- e. Los juegos educativos se presentan en los últimos tiempos como una alternativa a los videojuegos violentos.

Caso clínico

30. Una adolescente de 15 años ha tenido un parto eutócico hace 2 meses y está dando de mamar a su hijo; acude en demanda de un DIU. Carece de antecedentes de interés. Refiere que no quiere anticoncepción oral, porque se le olvida y, además, engorda. No

quiere otro método. Reglas regulares. No dismenorrea. IMC 28. ¿Qué le RECOMENDARÍA?

- a. Implante AC, porque el DIU no se debe poner a esa edad.
- b. Preservativo y dieta hipocalórica.
- c. Remitiría a Planificación F. Para el DIU, previa explicación de ventajas e inconvenientes.
- d. Inyectable de 3 meses (Depoprogevera 150).
- e. Ninguna de las anteriores.

31. Cuando tienes adolescentes en la consulta...

- a. No me siento cómodo con ellos, porque no tengo formación.
- b. No me gustan y solo atiendo lo puramente médico.
- c. Mi actitud es de ayuda, interés y comprensión.
- d. Los derivó a especialistas en cuanto puedo.
- e. Ninguna de las actitudes citadas se dan en mi caso.

32. Paciente de 16 años, que acude por 4ª vez en los últimos 6 meses, demandando anticoncepción de urgencia (ACU), acompañada de su novio de la misma edad. Refieren rotura de preservativo hace 24 horas. Habiendo eyaculación. FUR hace 5 días. ¿Qué recomendaría?

- a. No dar ACU, porque es la 4ª vez y es perjudicial para su salud.
- b. No dar ACU, porque el día del ciclo no tiene riesgo de embarazo.
- c. Dar ACU, comentar los fallos y prescribirle si lo desea AC hormonal combinado.
- d. Remitir a Planificación Familiar, sea vista por ginecólogo, solicitar análisis para valorar anticoncepción hormonal.
- e. Ninguna de las anteriores.

Problemas escolares en la adolescencia

J. Valdés Rodríguez*, N. Bolufer Vigrana**

*Pediatra extrahospitalario. Acreditado en Medicina del Adolescente.

**Médico psicoterapeuta



Resumen

Los problemas escolares incluyen tanto al alumno que suspende como al que ha tenido un descenso brusco y mantenido en su rendimiento. Pueden ocasionar por sí mismos una importante alteración en la vida y la salud del adolescente, y deben ser evaluados. El diagnóstico se basa en la anamnesis (con especial atención al medio familiar, escolar y social) y en la exploración. Una vez descartadas las enfermedades físicas propias de la edad, el pediatra derivará al paciente a los diferentes especialistas (psicopedagogía, psiquiatría infanto-juvenil), coordinando la relación entre la familia, los terapeutas y la escuela, vigilando la evolución y prestando apoyo continuo al adolescente. El principal papel de la Pediatría Extrahospitalaria es la prevención tanto primaria (educación para la salud) como secundaria (diagnóstico precoz).

Abstract

School problems include both the student who suspends and the student who has had a steep and sustained drop in performance. They can themselves cause an important alteration in the life and health of the adolescent, and they must be evaluated. The diagnosis is based on anamnesis (with special attention to the family, school and social environment) and exploration. Once the physical illnesses of age are ruled out, the pediatrician will refer the patient to the different specialists (psychopedagogy, infantile-juvenile psychiatry) coordinating the relationship between the family, therapists and the school, monitoring evolution and providing ongoing support to the adolescent. The main role of out-of-hospital pediatrics is prevention both primary (health education) and secondary prevention (early diagnosis).

Palabras clave: Adolescencia; Problemas escolares (PE); Pediatría de Atención Primaria.

Key words: Adolescence; School problems (PE); Primary Care Pediatrics.

Pediatr Integral 2017; XXI (4): 270–277

Introducción

Los problemas escolares (PE) incluyen tanto al alumno que suspende, como al que ha tenido un descenso brusco en su rendimiento. Por su repercusión en la vida del adolescente, es obligado llegar a un diagnóstico.

Por delimitar el concepto, y tomando como adolescentes (según la OMS) a aquellos individuos comprendidos entre los 10 y 19 años de edad, deberíamos hablar de aquellos alumnos que empiezan a plantear problemas escolares a partir de los dos últimos cursos de la Educación Primaria, o lo hacen hasta que termina el periodo que el Sistema

Educativo les impone: la Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Estas son las edades más conflictivas para las dificultades escolares, porque coinciden la metamorfosis puberal por un lado, con los cambios de sistema educativo por otro (el paso al Instituto), y todas las enormes adaptaciones psicosociales que el adolescente va a tener que ir haciendo. No obstante, teniendo en cuenta la gran variabilidad del desarrollo y la obligación que como médicos tenemos de respetar individualmente a cada paciente, es complicado hablar de límites de edad.

En la adolescencia, debemos considerar de forma general dos formas de presentación:

- “*El que suspende*”: alumno que sin limitaciones intelectuales conocidas, no alcanza los niveles de aprendizaje esperados para su edad, según un determinado plan de estudios y/o una institución escolar. En estos casos, todo el mundo reconoce que hay un problema, y salta la alarma.
- “*El cambio a peor*”: alumno que aun cumpliendo los objetivos establecidos, tiene un *descenso brusco y mantenido* en su rendimiento habitual. Aquí es posible que tardemos en reaccionar, porque los resultados se mantienen dentro de lo aceptable. Pero, también, hay (o habrá) un problema y así hay que enfocarlo.

Sabemos que de una forma u otra, los PE se presentan con una alta frecuencia a la edad que nos ocupa (para saber el alcance exacto, habría que ponerse de acuerdo primero en el concepto, y este es muy variable de unos investigadores a otros). Pero el hecho de que sea un fenómeno frecuente, no debe llevarnos a banalizar pensando que "... son cosas de la edad" o "...ya se le pasará", que son frases que acompañan a menudo a la mala prensa que tienen los adolescentes. No debemos hacerlo, porque las dificultades escolares pueden ser producidas por algunas enfermedades que pueden aparecer a esta edad y deben ser descartadas, y porque con mayor frecuencia, los problemas en un entorno tan importante para el adolescente como es la escuela, son capaces por sí mismos de provocar comportamientos de alto riesgo para su salud.

Por tanto, cuando surjan los PE, debemos tratar de llegar a un diagnóstico, que como en cualquier otro tipo de enfermedad, es la base de un tratamiento adecuado.

Causas

Lo primero es conocer la historia escolar previa. Si los PE escolares aparecen de forma inesperada, una vez analizadas las posibles causas en el adolescente, habrá que valorar la influencia de los factores familiares, escolares y sociales.

Por su evolución en el tiempo, podemos dividir los PE en dos grupos:

1. **Los que tienen dificultades desde los primeros cursos de escolarización.** Puede suceder que, aunque hayan sido conocidas, se haya seguido una mala orientación en su tratamiento, o que a pesar de las limitaciones, estas hayan sido suplidas de alguna manera por el niño y pasen desapercibidas. Es evidente que este último supuesto es más improbable, porque la creación de gabinetes psicopedagógicos en guarderías y escuelas infantiles, hace que el diagnóstico sea precoz. Por otro lado, y aunque la decisión depende incluso de cada centro, los objetivos de lectura/escritura ya aparecen en el último curso de Educación Infantil. Por tanto, lo lógico es suponer que cualquier alumno que en 2º curso de Prima-

ria no ha conseguido el nivel esperado de lectura, escritura, cálculo y/o capacidad de atención, va a ser considerado como un alumno que necesita un diagnóstico y también una atención especial y específica⁽¹⁾. En cualquier caso, es complicado que conforme avanzan las necesidades de aprendizaje, niños con trastornos específicos (dislexia como problema más frecuente), coeficiente intelectual límite, y otros problemas mentales o del neurodesarrollo, lleguen a los últimos cursos de la Educación Primaria sin diagnosticar.

Un ejemplo de esta problemática que interesa comentar, por su frecuencia y porque es una enfermedad en constante revisión, es el **trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDHA)**⁽²⁾. Si no es muy acusado, o si el niño es muy inteligente, puede haber compensado el problema con la ayuda de un maestro que lo conozca, y haya sabido conducirlo durante los primeros cursos, o con tratamientos temporales que han sido retirados por una evolución aceptable o por miedo a la medicación continuada. Mención especial hay que hacer al subtipo inatento, que suele ser más frecuente en chicas. En estos casos, la falta de atención es mayor que la impulsividad/hiperactividad, y al no originar los conflictos habituales, pasan más desapercibidos. De todas formas, a partir de 6º de Primaria, cuando cambia el sistema y pasa a tener un profesor para cada asignatura, se pone de manifiesto de forma evidente la dificultad de concentración (la hiperactividad suele disminuir a estas edades de forma general) y, especialmente, en determinadas materias o con profesores poco atractivos para ellos. Tan pronto pueden rendir mucho, como en determinados momentos, inexplicablemente, poco o nada. Tienen problemas para organizarse, necesitan de un esfuerzo mayor y mantenido para superar las dificultades y, a pesar de ello, acaba por afectarse el rendimiento global. La forma en que se produce, suele generar reproches por parte de padres y maestros, lo que aumenta la angustia que viven estos chicos y se favorece la aparición de otros síntomas psiquiátricos

(depresión, comportamientos antisociales, abuso de alcohol y/o drogas) que son frecuentes en adolescentes con TDHA.

2. **El alumno con rendimiento normal, y que empieza a fracasar en los estudios.** Esta es la forma de presentación habitual en adolescentes. Las causas pueden variar según la edad y el momento del desarrollo puberal, pero lo que fundamentalmente hay que considerar es: el tiempo de evolución, la rapidez con que se instauran los problemas y su influencia, tanto sobre el rendimiento escolar como en la dinámica familiar y social del adolescente.

Cuanto más bruscos y mayor repercusión tengan los PE, más importante debe ser para el médico buscar las causas.

En cualquier etapa educativa, las dificultades escolares se producen por una conjunción de factores, que se interrelacionan entre sí y que afectan al INDIVIDUO, su FAMILIA, la ESCUELA y el ENTORNO SOCIAL. Es difícil que uno solo de ellos sea el responsable del problema, y desde luego, es imposible solucionarlo sin la participación de todos. En la adolescencia, todo ello es todavía más evidente.

Factores individuales

Enfermedades físicas propias de la edad

- Alteraciones de la audición o la visión.
- Enfermedades del sistema nervioso: tumores cerebrales, epilepsia.
- Patología de la glándula tiroidea.
- Trastornos nutricionales: carencia de hierro.
- Intoxicaciones (plomo) y consumo habitual de alcohol y/o drogas.
- Otras enfermedades (rinitis alérgica crónica, úlcera péptica, infecciones: tuberculosis, cáncer, síndrome de fatiga crónica...) que al principio pueden dar unos síntomas poco llamativos, y con la evolución van causando un cansancio progresivo y una dificultad para mantener la atención.

Todos estos procesos pueden manifestarse inicialmente como dificultades

escolares y, por tanto, ante el problema que nos ocupa, lo primero será estar seguros de que el adolescente no tiene una enfermedad física.

Enfermedades psíquicas

En general, en cualquier cambio a peor en un adolescente, sea en el carácter, el comportamiento o el rendimiento escolar, una vez descartadas las enfermedades físicas debemos pensar en una depresión. Y esto es así, en primer lugar, por la frecuencia. En segundo, porque a diferencia de otros cuadros psiquiátricos con unos síntomas más evidentes, el fracaso súbito en los estudios puede ser el primer o el único síntoma de una depresión enmascarada. Y en tercer lugar, por la relación de las depresiones con la segunda causa de mortalidad en adolescentes: el suicidio (aunque aquí entren en consideración otro tipo de factores, como la personalidad del estudiante y su dinámica familiar).

Hace 20 años, hicimos una revisión del tema en esta misma revista⁽³⁾. En este tiempo, el acceso de los niños a Internet es cada vez más precoz y el delito que más ha crecido entre los adolescentes (y en el que siempre debemos pensar) es el acoso escolar en sus distintas formas. Debemos tenerlo en cuenta, sobre todo, si no se ha producido el contacto con las drogas. Según la última encuesta ESTUDES⁽⁴⁾, entre los escolares españoles, el inicio del consumo de drogas legales (alcohol, tabaco) se produce entre los 13,8/13,9 años, los hipnosedantes 13,9 y el cannabis a los 14,8 y, sin embargo, según la Guía de Ciberacoso para Profesionales⁽⁵⁾, más del 41% de los niños españoles de 11 años de edad tiene un teléfono móvil.

Sabemos que las enfermedades psíquicas merman de forma importante la capacidad de aprendizaje, pero una cuestión que hay que considerar en casos con mala evolución sería: ¿es el problema emocional la causa o la consecuencia de los problemas escolares? Cuando estos aparecen, se genera una situación de ansiedad y comienzan a alterarse las relaciones con maestros y con los padres. La autoestima del adolescente desciende y, si la presión de los adultos centrada en el rendimiento escolar se mantiene, se le añaden sentimientos de culpabilidad. Todo ello puede provocar distintas formas de reaccionar: puede generar más

ansiedad, irritabilidad y rechazo hacia el estudio o bien una actitud pasiva con sensación de impotencia y desmotivación. En cualquier caso, empieza a desconfiar que pueda superar nuevos obstáculos, no ve la salida, tiene una sensación de pérdida de control, y acaba por interiorizar el fracaso escolar como suyo, y asumirlo como algo peor: un fracaso existencial. En esas condiciones, es difícil que el adolescente sea capaz de dominar los impulsos (soledad-tristeza, rabia-agresividad...) y esto puede llevarle a diversas conductas de riesgo (borracheras, abuso de sustancias, huidas, accidentes, intentos de suicidio...) de consecuencias imprevisibles.

Está claro que acabamos de describir una situación límite, con la que desgraciadamente nos sorprenden las noticias de cuando en cuando, pero afortunadamente, poco frecuente. Lo importante es, que sin alarmismos, entendamos que las dificultades escolares, como cualquier otra enfermedad, puede llegar a convertirse en un problema grave, si no conseguimos modificar su evolución.

La familia

En ella, pueden originarse o no algunas causas de PE, pero donde adquiere una extraordinaria importancia es en la búsqueda de soluciones y, sobre todo en su papel preventivo. La familia actúa seleccionando y modificando los estímulos que le llegan del exterior: que unas malas notas constituyan o no una tragedia, depende de cómo se asimile en esa familia.

Dos son los conceptos en los que conviene profundizar: la relación existente entre los diversos miembros de una familia y la organización de los distintos aspectos de la vida cotidiana en ese núcleo familiar.

La dinámica familiar

El clima afectivo familiar influye decisivamente. Todo lo que suceda en casa, repercute en el adolescente y en su rendimiento escolar, independientemente de sus capacidades. De la actitud de sus padres hacia él, dependerá que pueda desarrollarlas. Todas las encuestas nos dicen que para el adolescente es su familia..., aunque no lo reconozca. Por tanto, si al valorar los PE descubrimos conflictividad en la familia, será la primera cuestión a resolver.

Por su frecuencia, una de las causas más importantes son las separaciones de los padres, cuando estas no se hacen pensando en los hijos. A la inseguridad y el sentimiento de enfado del adolescente, hay que añadir las actitudes de abandono, sobreprotección o permisividad, y otras formas de chantaje emocional a la que se ve sometido el hijo por las partes en conflicto y que, en la mayoría de casos, la Justicia es incapaz de resolver, porque tampoco tiene en cuenta, prioritariamente, las necesidades del menor, sino los derechos de los adultos. Es fácil comprender cómo, en estas situaciones, el adolescente corre un alto riesgo de tener PE.

Organización familiar

Existen otros factores dentro de la familia, que por secundarios que puedan parecer, también influyen en la motivación por el estudio y en la capacidad de concentración, y que deben haberse establecido con anterioridad, desde las primeras etapas de la escolarización, porque son importantes para la prevención de los PE. Esta es una función clave, que el pediatra debe desarrollar en los exámenes de salud previos a la adolescencia.

En el hogar, ha de existir un cierto orden establecido, con participación de los distintos miembros de la familia. Los adolescentes deben colaborar en las *tareas de la casa*. Es una forma de potenciar su autonomía, estimular la responsabilidad y favorecer una actitud positiva hacia las cosas bien hechas. En este ambiente, tiene importancia respetar unos horarios regulares que obliguen a unas horas mínimas de sueño⁽⁶⁾ y permitan una adecuada distribución del tiempo para las comidas. Recordemos que no solo es necesaria una buena nutrición..., el momento de comer es, a veces, la única oportunidad para la convivencia y está completamente demostrado el efecto preventivo de, al menos, *una comida en familia al día*.

La habitación de un adolescente, suele ser un reducto inexpugnable de su identidad y conviene no crear conflictos al respecto. No obstante, el entorno físico puede jugar un papel nada despreciable en la predisposición para estudiar y habrá que intentar "negociar" algunos aspectos. El sitio de estudio debe ser: cómodo (cuidado con los vicios postu-

rales), suficientemente espacioso y con luminosidad natural. La penumbra, el uso abusivo de luz artificial, múltiples obstáculos sobre la mesa o un exceso de estímulos visuales o auditivos, producen una fatiga fácil y rompen la armonía necesaria para la actividad intelectual.

Mención especial hay que hacer a la distribución del *tiempo libre*. Hay algunos estudiantes que desconocen su existencia (largos desplazamientos hacia “los mejores colegios”, casi todos en la periferia de las grandes ciudades, les suponen la estéril pérdida de 2 y 3 horas diarias; un apretado programa de actividades extraescolares, les obliga a sentarse a estudiar cuando llegan a casa, tras una jornada que empezó 12 horas antes...), y los adolescentes necesitan disponer de tiempo para relacionarse con sus amigos, hacer deporte o simplemente descansar.

La actividad física, tiene una importancia decisiva para mantener la salud, contribuir a la educación, mejorar el rendimiento intelectual y prevenir la adquisición de hábitos nocivos. Nunca debería pasarse a un segundo plano, ni siquiera en caso de dificultades académicas y, sobre todo, si al adolescente le gusta y destaca (se puede regular la actividad si hay que organizar mejor el tiempo, pero no quitar).

Un ambiente familiar amante de *la cultura*, contribuirá al interés por el conocimiento y la mejora personal de sus componentes. Desde las primeras etapas, debe fomentarse en los niños el hábito por la lectura, para posteriormente ir participando con ellos en aquellas expresiones culturales que prefieran (conciertos, exposiciones, teatro, cine...).

TV-videojuegos-ordenadores-teléfonos móviles. Como se ha comentado, la irrupción de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y, sobre todo, el acceso precoz a Internet (en España entre los 9 y los 11 años de edad), es lo que más está influyendo en las vidas de niños y adolescentes en la última década. La sociedad de consumo va a seguir induciendo y justificando su uso y corresponde a los padres poner los límites y las condiciones de utilización desde temprana edad. Es tan complicado, que parece una utopía no poner a los niños ante las pantallas antes de los dos años de

edad como recomiendan las Sociedades Científicas, y debería ser una realidad.

Existen pruebas suficientes de los peligros de su abuso, sobre el comportamiento y el rendimiento escolar. La familia puede aprovechar sus indudables posibilidades didácticas, pero limitando el tiempo de utilización (nunca más de 1-2 horas de promedio día), evitando el acceso fácil (no deben estar en los dormitorios) y el uso indiscriminado. En líneas generales, podemos recomendar que cualquier momento no es válido (durante las comidas, antes de finalizar las tareas, al irse a dormir...), que los programas y la publicidad han de ser analizados conjuntamente y el *zapping* desterrado⁽⁷⁾. De la misma forma, conviene tener unas normas claras para el uso de internet y el abuso de los teléfonos móviles⁽⁸⁾.

El fin de semana y el consumo de drogas legales. No podemos aislar a los adolescentes para protegerlos, pero tampoco es lícito inhibirse ante costumbres que generan situaciones de alto riesgo e influyen negativamente, como ya se ha comentado, en el rendimiento escolar (alteración de los ritmos sueño-vigilia, alto consumo de alcohol, accidentes). Sin tratos autoritarios, debemos intentar conocer el grupo de amigos (sus hábitos, los medios de transporte que utilizan en los desplazamientos...), y saber llegar a un acuerdo sobre las condiciones del regreso a casa. Siempre debe existir una posibilidad para negociar.

La escuela

Debemos investigar los diferentes condicionantes que intervienen, para ayudar a los padres a tomar una decisión.

El sistema educativo

Cuando se ejecuta (en el sentido más literal del término) un determinado plan de estudios, nos podemos encontrar con un primer problema: la falta de respeto a la individualidad de los alumnos. Los pediatras conocemos bien lo distinta que es la maduración en todos los aspectos del desarrollo de unos pacientes a otros, y en el caso de los adolescentes, lo determinantes que pueden ser para su estabilidad psicoafectiva, la asincronía en los cambios puberales entre compañeros del mismo y de distinto sexo. Esta variabilidad física, emocional e intelectual, se

tiene poco en cuenta a la hora de valorar el rendimiento académico. Un sistema educativo excesivamente regulado (con opciones y contenidos predeterminados), poco flexible (han de cumplirse “objetivos” independiente de los alumnos), con un nivel de exigencia que supera las capacidades del adolescente, va a condicionar la aparición de situaciones de inadaptación.

Otro problema dentro del sistema: sobredimensionar la importancia de la consecución de un título universitario, como única vía de éxito posible, infravalorando otras opciones perfectamente equiparables para la realización personal y más asequibles a las características individuales, como pueden ser los distintos grados de Formación Profesional.

El ambiente escolar

Haciendo un paralelismo con el factor familiar, haremos hincapié en dos conceptos: el ideario del colegio y la organización.

El alumno debe saber en qué tipo de colegio está, aceptarlo y recibir un trato coherente por parte de sus padres y los profesores (si existen diferencias, estas no deben airearse en presencia de los chicos). Sin criterios claros, será difícil que pueda mantenerse un mínimo de disciplina, orden y respeto mutuos, que son necesarios para favorecer la motivación hacia el estudio.

Es evidente, que una escuela con adecuadas infraestructuras (aulas luminosas, con buen aislamiento térmico y sonoro, instalaciones lúdicas o deportivas...), aumentan las posibilidades didácticas, pero no garantizan el buen funcionamiento. Hay dos condiciones que influyen negativamente que son: el cambio frecuente de profesores y el excesivo número de alumnos. Además, hay que indagar sobre la duración de las clases, los descansos y la programación de las asignaturas (las que exigen mayor atención deberían ser por la mañana). Un ejemplo claro de cómo puede influir la organización de los horarios, la tenemos en la aplicación de la “jornada intensiva”: no tiene en cuenta los ritmos de sueño de los adolescentes, ni los problemas nutricionales que implica (desayunos acelerados y escasos, recreos cortos donde consumen comida basura y la comida principal del día a una hora inadecuada).

El profesor

Todos tenemos experiencia de la influencia del buen maestro sobre el agrado hacia la materia que explicará y el interés que teníamos por corresponderle. La interacción profesor-alumno es decisiva, tanto en el origen como en el tratamiento de un PE.

En adolescentes, con varios profesores en las distintas asignaturas, esta coordinación se hará a través de **la figura del tutor**, que debe ser también la referencia para el intercambio de informaciones escolares y/o médicas con el pediatra o terapeuta, y es la pieza clave para la búsqueda y aplicación de las posibles soluciones. De todas formas, aunque la familia tiene que colaborar y respetar al maestro, hay que dejar claro que las tareas escolares son un asunto entre el adolescente y sus profesores, y cada uno debe cumplir con su función.

Los compañeros

Para un adolescente, no hay nada más importante que sentirse aceptado por su grupo de amigos. Se debe preguntar por la adaptación del muchacho al resto de la clase, cómo son sus compañeros como estudiantes (pueden preferir unas malas notas, antes que un fracaso relacional) y qué grado de concordancia sociocultural hay entre ellos.

No todos los adolescentes son igual de vulnerables a estas cuestiones, y los padres pueden sentirse atrapados por el sistema educativo o por un colegio cuyo funcionamiento no pueden modificar. Pero una vez analizadas, deben *tomar la decisión que más convenga a su hijo en ese momento*, porque en definitiva son los primeros responsables de su educación.

El entorno social

La relación entre la propia cultura del alumno y la del medio escolar puede no ser coincidente (emigrantes, bilingüismo...) y ocasionar problemas de adaptación.

Unas condiciones socioeconómicas adversas (paro o trabajo temporal, grupos marginales...) influyen negativamente sobre el factor familiar o pueden empujar al adolescente a integrarse en grupos o pandillas con diversas conductas de riesgo. En estas condiciones, lo habitual, es el abandono de las tareas escolares.

Diagnóstico

Se basa fundamentalmente en la anamnesis y la exploración, y debe completarse con un informe escolar

Ante una disminución inexplicable del rendimiento académico, lo primero es **descartar una enfermedad física**. Es fácil hacerlo si la consulta con el adolescente se consigue hacer correctamente. Con una detallada historia clínica y una exploración completa, en pocas ocasiones es necesario pedir pruebas analíticas o de otro tipo, pero deben fundamentarse en los hallazgos obtenidos durante la consulta y hacerse de forma escalonada según los resultados que vayamos obteniendo (Tabla I).

Lo siguiente es tener un informe escolar, para saber las capacidades del alumno desde los primeros cursos. Si esto no fuera posible, haremos una **valoración psicopedagógica individual** (puede tener otras hechas anteriormente junto a sus compañeros, pero es mejor repetirla) para conocer con exactitud si existe alguna limitación intelectual o de otro tipo para el aprendizaje. Cuando estamos ante un estudiante sin dificultades previas, hay que insistir en la necesidad de hacer constar en la historia clínica las **impresiones de su tutor** en cuanto a la génesis del problema, lo que nos orientará tanto para el diagnóstico como para las posibilidades de tratamiento.

En caso que todo lo anterior sea normal, es muy probable que estemos ante un problema emocional, y tendremos que remitir al paciente y su familia al **psiquiatra infanto-juvenil**. El pediatra debe insistir en la necesidad de esta evaluación conjunta (paciente-familia) indispensable, tanto para el diagnóstico como para la búsqueda de soluciones.

Tratamiento

Cuando se necesite un enfoque multidisciplinario, el pediatra coordinará la relación entre la familia, los terapeutas y la escuela, asegurándose que la evolución es favorable y prestando apoyo continuo al adolescente.

De la misma forma que es raro, que exista una sola causa desencadenante del problema, en el tratamiento, lo fundamental es coordinar a las distintas partes. Mientras se llevan a cabo las medidas terapéuticas oportunas (apoyo pedagógico, terapia individual y/o familiar, fármacos), **la comunicación médico-familia-tutor es indispensable**.

Los padres deben tener criterios uniformes sobre sus actitudes hacia el hijo y las medidas a tomar en la familia. En la tabla II, se incluyen una serie de consejos que pueden servir al pediatra para hablar con los padres, cuando aparecen los PE.

Un buen maestro preocupado por su alumno, que ensalce sus progresos y cualidades, y le corrija con cariño (y en privado), será determinante en el éxito del tratamiento. Un colegio "ejecutor" de sistemas y normas por encima de los individuos, un maestro desmotivado y poco participativo, nos deben hacer recapacitar sobre la conveniencia de darle al muchacho otra oportunidad en un ambiente distinto.

El pediatra, aunque derive el caso a otros especialistas, no debe delegar en ellos toda la responsabilidad. Sigue siendo el médico de confianza del adolescente y su familia, y tiene que ir interesándose por la evolución del problema.

Debemos tener en cuenta que, el fin prioritario no es mejorar los resultados académicos de ese curso, sino delimitar cuáles son las capacidades del adolescente para no pedirle objetivos imposibles (las

Tabla I. Exámenes complementarios

- Hematíes, hb. hto. VCM, Ferritina y receptor sérico de la transferrina
- Ac. antitiroideos (TPO, anti-tiroglobulina, anti-receptor de TSH), TSH, T4 libre, T3 total y ecografía tiroidea
- Niveles de Pb en sangre
- Test de tuberculina
- Consulta neurológica, EEG y/o pruebas de imagen (TAC, RMN)
- Exploración oftalmológica con lámpara de hendidura
- Estudio genético

Tabla II. Problemas escolares: recomendaciones a los padres

1. Contactar con el tutor y coordinar con él las medidas a tomar. Si existen diferencias, no manifestarlas delante de su hijo, y respetar la figura del maestro
2. Interesarse por la adaptación a los compañeros del colegio, qué tipo de estudiantes son los amigos que frecuenta, y si existe alguien con quien tenga una relación especial (para bien o para mal)
3. Revisar la organización familiar: horarios, acompañamiento al salir del colegio, actividades, tiempo libre, lugar de estudio y hábitos de salud (alimentación, higiene, sueño). Especialmente importante, analizar el uso de las TIC
4. Si hay que castigar, no lo haga suprimiendo actividades en las que destaca (deportes, artes...). Se pueden regular, pero no quitar, porque potenciar lo que hace bien, mantiene su autoestima
5. Es necesario mostrar interés por sus tareas escolares, pero no deben hacerlas por ellos, ni tienen que ejercer de profesores en casa (es uno de los principales motivos de alteración de la relación padres-hijos y del aumento de la tensión emocional)
6. Hacer propuestas concretas que sean posibles de cumplir, con periodos de estudio más cortos (se distraen fácilmente con sus pensamientos, sus prioridades...), y con expectativas que vean que son capaces de superar
7. No convertir los estudios en un único tema de conversación. Si hay que hablar, hacerlo en privado: no a todas horas, ni en cualquier lugar (comidas, reuniones familiares...) y siempre evitando hacer comparaciones con otros familiares o amigos
8. Ni los castigos reiterados, ni los regalos desproporcionados ayudan a estimularlos. Hay que aplaudir y reforzar los logros por pequeños que sean, pero haciéndole ver que el principal beneficiario de esos avances es él, y que es su trabajo, su responsabilidad.
9. No abandonar. Si no es posible continuar, buscar otras alternativas de formación profesional o de inclusión en el mundo laboral, pero que siga en activo
10. Si la aparición del problema ha sido brusca o si la situación les desborda como padres, busquen lo antes posible la ayuda de un profesional

expectativas deben ser reales: si no lo son, aumentaremos su frustración y el nivel de conflicto), estimular y potenciar sus destrezas para levantar su autoestima (siempre habrá algo que sepa hacer bien) y orientarle en el camino a seguir según sus posibilidades y sus preferencias.

En última instancia, lo importante es no abandonar. Seguir haciendo algo útil, buscar alternativas en los estudios o incluso, en caso de ser necesario, un descanso en los mismos, incorporar al mundo laboral. Los PE no deben convertirse en un fracaso existencial.

Función del pediatra de Atención Primaria

El papel primordial de la pediatría de AP está en la PREVENCIÓN:

- Prevención PRIMARIA, contribuyendo a la educación para la salud, que en el tema que nos ocupa, se centra en los hábitos de estudio y el resto de factores que los condicionan,

y que hemos analizado al hablar de la importancia de una buena dinámica y organización familiar⁽⁹⁾. En este sentido, hay que resaltar, la postura decidida que debe tomar el pediatra desde los primeros meses de vida, en cuanto al buen uso de las pantallas y el resto de las TIC. Por otro lado, sin una adecuada formación en estos temas, no es posible la prevención: para atender adolescentes, los pediatras deben ponerse al día sobre las distintas formas de comunicación de los jóvenes de hoy⁽¹⁰⁾.

- Prevención SECUNDARIA, intentando hacer un diagnóstico lo más precoz posible de los PE desde el inicio de la escolarización del niño, para lo que es fundamental hacer constar en la historia, la adaptación y el rendimiento en la escuela en cada visita médica. En algunos programas de Salud Pública, se pasa de un examen a los 5-6 años a otro a los 11 años y se pierden muchas oportu-

nidades de prevención. La revisión anual durante toda la época escolar debería ser una reivindicación de la Pediatría para mejorar la atención de nuestros pacientes.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.** Sans A, Boix C, Colomé R, López-Sala A, Sanguinetti A. Trastornos del aprendizaje. *Pediatr Integral*. 2017; XXI(1): 23-31.
- 2.* Fernández-Jaén A, Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Perrone AL, Calleja-Pérez B, Albert J, López-Martín S, et al. Disfunción en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: evaluación y respuesta al tratamiento. *Rev Neurol*. 2016; 62(Supl1): 579-84.
- 3.** Valdés Rodríguez J, Bolufer Vigrana N. Fracaso escolar en el adolescente. *Pediatr Integral*. 1997; 2(3): 272-84.
- 4.* Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2016. Disponible en: http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf.
- 5.** Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/09/Gu%C3%ada-de-ciberacoso-para-profesionales-de-la-salud-castellano.pdf>.
- 6.* Merino Andreu M, Pin Arboledas G. Trastornos del sueño durante la adolescencia. *Adolescere*. 2013; 1: 29-66.
- 7.* AAP COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Media and Young Minds. *Pediatrics*. 2016; 138: e20162591. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/10/19/peds.2016-2591.full.pdf>.
- 8.* Cortejoso D, Arén E, Vázquez M. Decálogo para un Buen uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/ocio-y-actividad-fisica/nuevas-tecnologias/decalogo-para-un-buen-uso-de-las>.
- 9.** Ruiz Lázaro PJ. Los problemas escolares en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013; XVII(2): 117-27.
- 10.* L'Ecuyer C. Educar en la realidad. Plataforma Editorial. 2015, ISBN 978-84-16256-56-3.

Bibliografía recomendada

Sobre los trastornos del aprendizaje

- Sans A, Boix C, Colomé R, López-Sala A, Sanguinetti A. Trastornos del aprendizaje. *Pediatr Integral*. 2017; XXI(1): 23-31.

Revisión actualizada de unos autores que son referencia en éstos temas

- Fernández-Jaén A, Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Perrone AL, Calleja-Pérez B, Albert J, López-Martín S, et al. Disfunción en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: evaluación y respuesta al tratamiento. *Rev Neurol*. 2016; 62(Supl1): 579-84.

El TDAH genera abundante y continua bibliografía, porque es un tema en continua revisión en cuanto a su origen, sus formas clínicas y los distintos abordajes de tratamiento.

Sobre los problemas escolares de los adolescentes

- Valdés Rodríguez J, Bolufer Vigrana N. Fracaso escolar en el adolescente. *Pediatr Integral*. 1997; 2(3): 272-84.

Nos parece interesante comparar ambos trabajos, para resaltar que en el tiempo transcurrido el mayor cambio es la irrupción en el medio escolar de las nuevas tecnologías y el problema del ciberacoso. La bibliografía contiene algunas de las mejores referencias en psicopedagogía de nuestro país (Paulino Castells, MJ Comellas, MJ Mardomingo, Romeu i Bes...) y se puede comprobar que conceptualmente mantiene plena vigencia.

- Ruiz Lázaro PJ. Los problemas escolares en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013; XVII(2):117-27.

Buena revisión sobre el tema, especialmente interesante en los aspectos preventivos. El autor demuestra su experiencia en el trabajo con los adolescentes dentro y fuera de las consultas.

Sobre los hábitos de los adolescentes

- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías Informe 2016

Disponible en http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informes-Estadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf

- Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015. Disponible en: <https://www.adolescencia-sema.org/wp-content/uploads/2015/09/Gu%c3%ada-de-ciberacoso-para-profesionales-de-la-salud-castellano.pdf>.

La Dra. M^a Angustias Salmerón ha coordinado un documento de lectura imprescindible, sobre uno de los problemas más graves de los adolescentes en la actualidad.

- Merino Andreu M, Pin Arboledas G. Trastornos del sueño durante la adolescencia. *Adolescere*. 2013; I: 29-66.

A pesar de la abundante evidencia científica sobre los trastornos del sueño y los problemas escolares, esta es otra asignatura pendiente, en la que el pediatra de Atención Primaria debe incidir.

Sobre la importancia de las TIC en la educación

- AAP COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Media and Young Minds. *Pediatrics*. 2016; 138: e2016259. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/10/19/peds.2016-2591.full.pdf>.

Recomendaciones actuales de la Academia Americana de Pediatría.

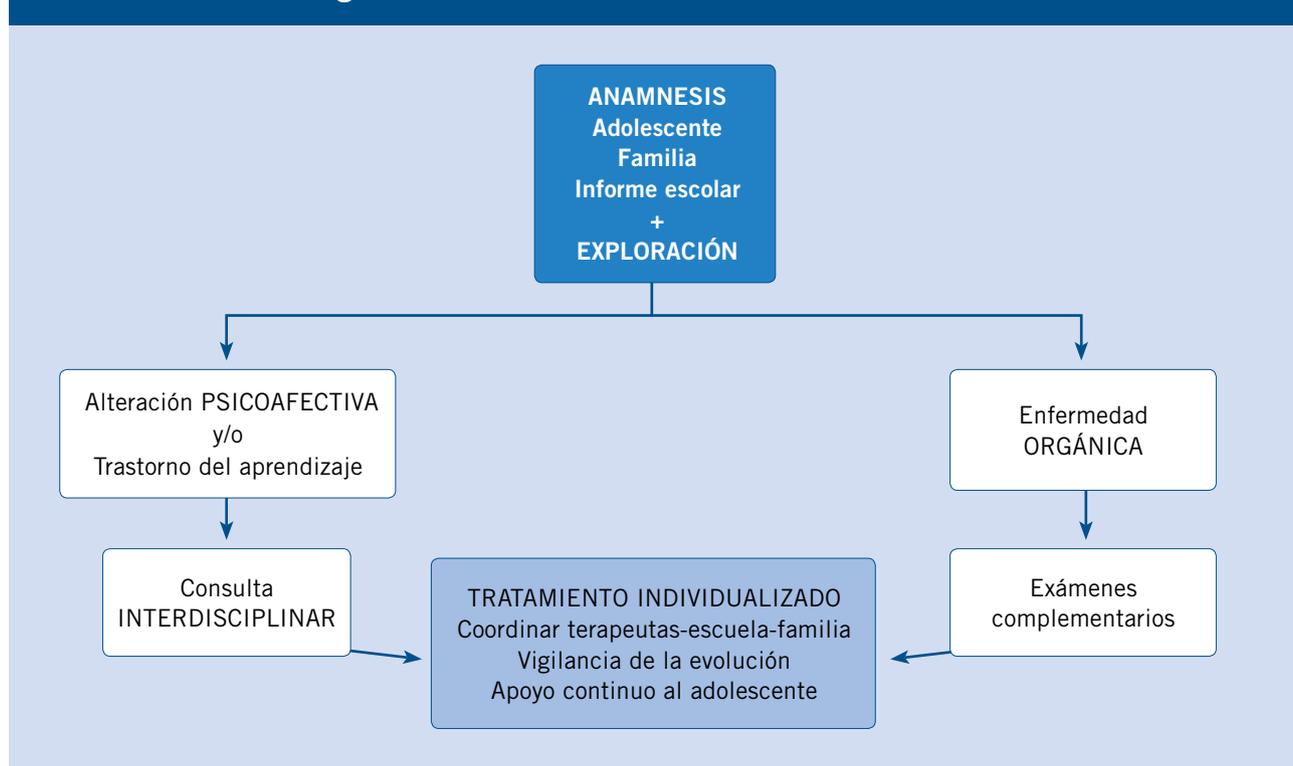
- Cortejoso D, Arén E, Vazquez M. Decálogo para un Buen uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/ocio-y-actividad-fisica/nuevas-tecnologias/decalogo-para-un-buen-uso-de-las>.

Enero 2017. Nos parece un recurso sencillo y útil en la consulta del pediatra, para desempeñar la labor preventiva con las familias.

- L'Ecuyer C. Educar en la realidad. Plataforma Editorial. 2015, ISBN 978-84-16256-56-3.

Libro de divulgación, continuación de otro de la misma autora (Educar en el asombro), en los que con abundante bibliografía, se comentan los riesgos de la utilización de las TIC's desde temprana edad.

Algoritmo. Problemas escolares en el adolescente



Caso clínico

JJCA, Edad actual 16 años.

Historia clínica

JJCA, acude a esta consulta a los trece años, es hijo único, sus padres trabajan los dos, tienen una formación media, el padre es técnico de mantenimiento de ascensores y la madre auxiliar de clínica en un centro de paralíticos cerebrales. Fue un hijo deseado.

Antecedentes médicos personales

Nació a término, por cesárea, el embarazo fue de alto riesgo controlado en hospital. En las primeras revisiones por su pediatra, se aprecia rigidez de los miembros superiores y tendencia al opistótonos, es remitido a fisioterapia infantil y es tratado.

De siempre mal comiente, vomitador, se le hace estudio de reflujo, y es negativo.

Mal durmiente desde siempre, estudio ORL, y se le aprecia una hipertrofia de adenoides, se piensa en intervención, que al final no se hace, se le recomienda CPAP, pero no la tolera. Se le hace también un estudio alérgico, que resulta negativo. La madre siempre pendiente de su salud.

Antecedentes médicos familiares

Sin importancia.

Antecedentes psiquiátricos personales

No se observa patología psiquiátrica grave de base, aportan informes de gabinetes donde han llevado al niño, por bajo rendimiento escolar desde siempre.

Sus conclusiones son, desmotivación, falta de rutina y de hábitos de estudio y baja tolerancia a la frustración. Dificultad en habilidades sociales y en hacer amigos.

Se le recomienda apoyo escolar para superar dificultades.

Hace dos años, es derivado hacia la USMI, por sospecha de TDAH, los resultados e informes que presentan no son concluyentes.

Antecedentes psiquiátricos familiares

La madre es muy controladora y sufridora. El padre, casi no participa en la dinámica familiar. No patologías relevantes.

Psicobiografía

Adecuado desarrollo psicofísico, con talla entre P10-P25 acorde con la talla media de los padres y peso actual normal para su talla (IMC: 19,5 kg/m²).

Mal comedor y con dificultades en el sueño. Niño enfermizo, pero que nunca presentó una patología grave.

La madre siempre estuvo muy pendiente de él, en la alimentación, en los estudios..., le estudia, le hace resúmenes, le repasa los temas. Constantemente llama al centro escolar para interesarse por la marcha de su hijo, los deberes, la agenda. Ejerce un seguimiento hacia las responsabilidades del hijo de forma exhaustiva. El padre, no interviene en nada.

Informe escolar

Toda la ESO, la ha sacado con dificultades, no presenta los trabajos, no lee los libros que le piden..., pero al final da un empujón y solo ha repetido el curso pasado, 4º de la ESO.

Acude a una academia todas las tardes para hacer los deberes y "preguntar dudas", pero luego no estudia nada en casa.

JJ echa la culpa de su fracaso a los demás, y ha empezado a mentir para intentar lidiar con el control de la madre y de los profesores.

A pesar de que se le ha explicado a la madre, que su actitud no es la correcta, la dinámica familiar no ha cambiado prácticamente nada. Él se deja caer, la madre lucha como puede y va sacando los cursos, de aquella manera.

Este año, está en 1º de BAC y en el instituto ya le han dicho a la madre que no le van a dar tanta información y que lo deje "más suelto".

Exploraciones

Su aspecto es adecuado, viene siempre limpio y con un peinado siempre a la moda, su lenguaje es correcto. Echa la culpa de sus problemas a los demás y, aunque está cansado de la vigilancia de la madre, cuando conseguimos que esta se distancie, le dice que "si es que ya no le importa que suspnda" y la madre vuelve a caer en la trampa.

Presenta desorganizaciones a la hora de la alimentación, es muy selectivo, no toma fruta a no ser que se la pelen, no verduras, no es capaz de hacerse el bocadillo del almuerzo, rechaza probar alimentos nuevos.

Se siguen apreciando en él, síntomas de falta de motivación, desapetencia por los estudios, no adquisición de hábitos de estudio.

Está acudiendo a jugar al fútbol dos días por semana, tiene algunos amigos, no sale mucho con ellos.

Está empezando a salir con chicas, no mantiene durante mucho tiempo la relación y va cambiando de una a otra.

Desde hace un año, tiene móvil y acceso a Internet. A través de este y de las redes sociales es como se relaciona con sus amigos/as.

Pruebas complementarias

Hemograma, vitamina B₁₂, ácido Fólico y TSH normales. No tóxicos en orina. WISC-IV: CI total de 120. CEDI y STAIC: dentro de la normalidad. Test de CONNERS: sin hallazgos significativos. Test SQD: normal.

Diagnóstico

Problema relacionado con el estilo de vida y educativo. No toma sus responsabilidades frente a la vida y los requerimientos de esta.

La madre para evitar que fracase y con el excesivo proteccionismo está propiciando la falta de madurez del chico, que concibe la vida como algo que le cuesta enfrentar y prefiere que los demás lo hagan por él.

Tratamiento

- Psicoeducación al paciente y a la familia.
- Trabajar la patológica relación madre-hijo.
- Terapia cognitivo conductual, es la adecuada para el trabajo con él.
- Habilidades sociales, ya que es una persona vulnerable, que prefiere el cierto anonimato de las redes sociales para relacionarse.
- El trabajo con la familia debe consistir en dejarle crecer y caer, con una caída controlada y con la atenta mirada de sus terapeutas, sin ser demasiado intervencionistas, enfocar el tratamiento en ser él mismo, que él busque su camino. Debe aprender a tolerar la frustración para aprender a enfrentarla.
- Reeducación alimentaria, probar alimentos nuevos, involucrarse en la cocina.
- Ir aumentando sus responsabilidades en las tareas caseras.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar “on line” a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

Problemas escolares en la adolescencia

33. Ante un adolescente que presenta un descenso brusco de su rendimiento escolar, ¿CUÁL es la decisión a tomar?
- Darle un suplemento de hierro para mejorar la concentración.
 - Esperar a que termine el curso, por si ha sido un fenómeno transitorio debido a la “tormenta hormonal”.
 - Hacer una consulta con el adolescente para intentar llegar a un diagnóstico.
 - Suprimir las actividades extraescolares para que tenga más tiempo de estudio.
 - Retirarle el móvil para evitar distracciones.
34. En un adolescente sin antecedentes de malas notas, que empieza a tener problemas escolares, ¿CUÁL sería la primera prueba diagnóstica a pedir?
- Analítica con serie roja y función tiroidea.
 - RMN, para descartar alteración del SNC.
 - Valoración psicopedagógica, para descartar los trastornos instrumentales del aprendizaje.
 - Informe escolar.
 - Consulta con el adolescente.
35. Si se descartan las enfermedades físicas como causa de los proble-

mas escolares, ¿EN QUÉ debemos pensar en primer lugar?

- Exceso de actividades extraescolares.
- Mala relación con los profesores.
- Problemas psicológicos derivados de un ciberacoso.
- Contacto con drogas ilegales.
- Desengaño amoroso.

36. En la búsqueda de soluciones ante los PE en adolescentes, ¿QUÉ factor tiene más importancia?

- La ayuda de sus compañeros.
- Buscar un profesor de apoyo para las tareas escolares en casa.
- Cambiar de colegio.
- La actitud de los padres.
- Suprimir las salidas los fines de semana.

37. Una vez que nos llegan los PE a la consulta, ¿CUÁL es la primera decisión que debe tomar el pediatra de Atención Primaria?

- Aconsejar a los padres que esperen, que “son cosas de la edad” y se le pasará.
- Intentar llegar a un diagnóstico para descartar enfermedades físicas propias de la edad.
- Recomendar al adolescente que no tome marihuana, porque afecta a la memoria.
- Derivarlo a la Unidad de Salud Mental Infantil para que se encarguen del problema.
- Suprimir al adolescente el acceso a Internet.

Caso clínico

38. En este caso, ¿CUÁL de estas patologías nos podría confundir en el diagnóstico?

- Fobia social.
- Adolescente inmotivado.
- Síndrome de Munchausen por poderes.
- TDAH inatento.
- Depresión del adolescente.

39. ¿Qué RECOMENDACIONES tendríamos que hacerle a la familia?

- Cambio de centro escolar.
- Retirada del móvil y demás dispositivos.
- Que suspendan las actividades deportivas, a fin de que tenga más tiempo de estudio.
- Que sea el padre el que se ocupe de él.
- Que acuda la familia a terapia familiar.

40. En el tratamiento específico con el chico, ¿cuál sería el más EFECTIVO y el CORRECTO en este caso?

- Metilfenidato, para que aumente su concentración en los estudios.
- Aporte de hierro.
- Suspender las clases de la academia, donde va tras el instituto.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Terapia cognitivo-conductual.



La sexualidad en la adolescencia

F. López Sánchez

Catedrático de Psicología de la Universidad de Salamanca



Resumen

Descripción de los problemas más frecuentes en relación con la sexualidad durante la adolescencia. Se pone en énfasis en el rol de los pediatras y enfermería pediátrica, señalando las intervenciones más importantes que pueden hacer en este campo: trabajo en red con la escuela y las familias y otros servicios sanitarios (especialmente ginecólogos y matronas), la utilidad de la entrevista confidencial con los adolescentes –con el beneplácito de las familias– y la colaboración con la educación sexual en la escuela (al menos, una sesión).

Palabras clave: Adolescencia; Actividad sexual; Educación sexual; Intervención.

Pediatr Integral 2017; XXI (4): 278–285

Introducción

Los objetivos básicos que debemos conseguir las personas en relación con la sexualidad son⁽¹⁻⁴⁾:

- Aceptar nuestra figura corporal sexuada, no siendo víctimas de los modelos de belleza en nuestra sociedad de la imagen y el mercado.
- Aceptar nuestra identidad sexual, de hombre, mujer, transsexual o transgénero, porque nos viene dada, aunque aún no sepamos los factores de que depende.
- Aceptar nuestra orientación del deseo heterosexual, homosexual o bisexual, porque también nos viene dada, aunque no sabemos los factores de que depende.
- Disfrutar de la actividad sexual, consiguiendo tener relaciones sexuales satisfactorias, si lo deseamos.
- Evitar los riesgos asociados a la actividad sexual.
- Aprender a vivir las relaciones amorosas, a vivir en pareja, si esa es nuestra opción.
- Respetar la biografía sexual de los demás, siempre que se trate de una diversidad saludable.

A ello pueden ayudar mucho los pediatras porque, a pesar de dificultades frecuentes, por el número excesivo de consultas, entre otras, tienen prestigio y autoridad profesional en el trabajo con la familia y los adolescentes. Con ellos pueden colaborar otros profesionales. Por otra parte, los profesionales sanitarios pueden y deben colaborar con los educadores

para, entre todos, hacer una oferta educativa y asistencial en el campo de la sexualidad.

A continuación, adaptamos estos objetivos generales a la etapa adolescente.

Aceptar los cambios puberales y la figura corporal sexuada

Dando por supuesto que los pediatras conocen bien los problemas relacionados con la pubertad precoz o retrasada y posibles anomalías en los procesos fisiológicos de sexuación, hacemos algunos comentarios básicos sobre otros aspectos psicosociales.

En primer lugar, hay que ayudar a los adolescentes a **aceptar la distinta cronología en la que se desencadene y desarrolle su pubertad**, dándoles adecuada información y seguridad si, dentro de un intervalo normal, están más cerca de uno u otro extremo. Puede ser útil a los pediatras saber que en nuestra sociedad es más frecuente que las chicas se sientan más incómodas si tienen la pubertad antes que sus compañeras, mientras los chicos pueden sentir preocupación si son los demás los que han cambiado antes.

En segundo lugar, aceptar los **cambios puberales referidos a la reproducción**, especialmente la menstruación, dando informaciones básicas, en colaboración con padres y educadores. En el caso de los pediatras, especialmente las referidas a posibles

molestias, y ayudas en el caso de síntomas premenstruales o menstruales que requieran ayuda. De forma asociada a estas informaciones, es el momento, si no se hubiera hecho antes, de explicar a los chicos y las chicas las posibles consecuencias de las relaciones sexuales coitales y los contenidos básicos del sexo seguro, aspecto sobre el que volveremos.

Un tercer tema central es el de la **figura corporal**. Los modelos de belleza dominantes son bien conocidos, uniformes y exigentes (por el poder de la publicidad y el mercado de la seducción, en una sociedad en la que hemos pasado de reprimir la actividad sexual a fomentarla). Por eso, ante el espejo y ante los otros adolescentes, espejo exigente por los modelos interiorizados, la mayor parte encuentra algunos defectos, limitaciones o diferencias, no coincidentes con el modelo de belleza dominante, produciendo este hecho numerosos sufrimientos: tener la altura adecuada, el peso adecuado, la figura de todas las partes sexuadas conforme al modelo, no es lo más habitual, bien porque aún no se han desarrollado o bien porque no se conforman, en algún sentido, a él. Si a ello se añade creer que no resulta atractivo a los demás, no tiene éxito en las prácticas de seducción, amistad o noviazgo, las dudas y sufrimientos pueden ser muy dolorosos.

En otras publicaciones^(1,3) hemos desarrollado propuestas para trabajar este tema, especialmente en el ámbito educativo. En breve, seguimos el siguiente proceso: toma de conciencia de estos sufrimientos y sus consecuencias, análisis de los modelos dominantes, el origen y función que cumplen en una sociedad de mercado, descubrir sus cambios históricos y culturales y, sobre todo, tomar como referencia valores positivos para organizar la conducta: un cuerpo que sabe dar y recibir placer, un cuerpo con un estilo de vida saludable, un cuerpo con gracia interpersonal –con expresividad corporal y emocional– y una estética personalizada⁽⁵⁾. Los pediatras pueden detectar la intensidad y consecuencias o síntomas de estos sufrimientos y hacer intervenciones personalizadas o en colaboración con la familia y el sistema educativo.

No deja de ser sorprendente que, en la sociedad de la imagen y la figura corporal, tantos adolescentes tengan una vida contradictoria con un estilo de vida que maltrata su salud: sedentarismo, obesidad, mala alimentación, ingesta de alcohol, etc. Tomarse en serio el cuerpo, un organismo con necesidades y formas saludables de satisfacerlas bien conocidas, es el camino: “tómame en serio a ti mismo, eres una persona única, diferente en una sociedad diversa, aprende a gozar, valorar la vida y la salud, tener gracia interpersonal y representarse socialmente como tú quieras, no como el mercado, las marcas, y los demás te exijan”.

Aceptar nuestra identidad sexual

La identidad sexual^(1,3,6), en la mayor parte de los casos, se adquiere entre 18-24 meses y 5 años, se consolida y construye a partir de los seis años hasta la juventud. Antes de los dos años se le asigna un sexo a cada persona, se le da un nombre sexuado y se le socializa como niño o niña, chico o chica a lo largo de toda la infancia, adolescencia y juventud. De esta forma, casi toda la población, se sabe niño o niña y aprende a vestirse, adornarse, comportarse, etc., como en la sociedad lo hacen la mayor parte de los hombres y las mujeres.

En el caso de la inmensa mayoría, la identidad sexual se reconoce con toda normalidad, soy hombre o soy mujer.

Pero, en nuestro tiempo, y este es el campo de intervención más general, hemos tomado conciencia de que **los roles sexuales o de género son discriminatorios con las mujeres**, y en algunos aspectos con los hombres, por lo que consideramos que los profesionales debemos favorecer, con actitudes, conductas y, en algunos casos, con intervenciones, sobre la toma de conciencia de estas discriminaciones y la necesidad de conseguir la igualdad y el respeto a la diversidad de expresión de dichos roles. Por tanto, en cuanto al **rol sexual o género**, debemos ayudarles a ser críticos con los aspectos discriminatorios hacia las mujeres y promocionar valores y conductas igualitarias.

En una minoría, aunque no tenemos datos estadísticos precisos (¿una de cada 10.000 o 30.000 personas?, entre otras cosas, porque depende de cómo precisemos los conceptos), ya en la primera infancia o en la adolescencia, se adquiere una identidad sexual en contradicción con la fisiología corporal o con el género o con ambos aspectos a la vez. En el primer caso, hablamos de **transexualidad o disforia de género** (disconformidad entre la anatomía y fisiología sexual conocida y la identidad que se tiene –soy un hombre con un cuerpo de mujer y a la inversa–), aunque la forma de vivirse y representarse de este grupo admite también grandes variaciones (p. ej., los que quieren cambiarse todo lo posible y los que solo desean operarse de algo en concreto). En el segundo, hablamos de **transgénero** (se saben en contradicción con la identidad sexual y social asignada, pero no necesariamente quieren cambiar su anatomía o fisiología).

Es necesario que los profesionales estemos atentos a los cambios, en conceptos y conocimientos profesionales, en relación con esta minoría (p. ej., los cambios en el DSM V, aún insatisfactorios, para las organizaciones sociales que los representan), para ayudarles a aceptarse y a que la familia, la escuela y la sociedad les acepte, sin transfobia y otras formas de rechazo o marginación. Seguimos sin saber los factores o causas de estas formas de vivirse y con un debate entre los profesionales, sobre si debe considerarse una diversidad sin más, como es el caso de la homosexualidad, o aún deben formar parte del manual de diagnóstico DSM. Pero conocemos lo más importante: estas diversidades son compatibles con la salud personal y social si no rechazamos, ni marginamos a estas personas, a la vez que le ofrecemos las ayudas quirúrgicas, si son necesarias, para alcanzar su bienestar⁽⁶⁾.

Aceptar nuestra orientación del deseo

Como es sabido, la orientación del deseo sexual (que casi siempre coincide con la orientación de la atracción y el enamoramiento) puede ser diversa^(3,5,7).

La mayoría de la población siente y descubre su orientación del deseo como heterosexual, sin tensión ni dificultades personales o sociales, porque ha sido socializada en el supuesto, que si es un chico, le gustarán las chicas y a la inversa. De hecho, hasta hace pocas décadas, y aún en la mayoría de países, no se contemplaba otra diversidad saludable que no fuera la heterosexualidad.

Una minoría muy significativa, que puede llegar, según se definan los conceptos y se pregunte, a un 5 o 12%, se siente

sorprendido en la primera infancia o en la adolescencia, a veces, incluso más tarde, porque sus fantasías sexuales, sus deseos e intereses sexuales, etc., son homosexuales, orientados hacia personas de su propio sexo biológico, o hacia ambos sexos en grados o preferencias diversos. En efecto, la orientación del deseo tiene contenidos diversos (fantasías, deseos sexuales, identidad social, estilo de vida, etc.), por lo que las combinaciones y formas de vivirse son muy diferentes.

Pero en este caso, las personas con orientaciones de deseo minoritarias no demandan cambios fisiológicos, sino tener libertad personal y social para amar y ser amado, formar pareja o casarse, con las personas que desean, sea aceptada socialmente su diversidad y no sufrir homofobias, bifobia o cualquier otro tipo de rechazo.

No conocemos los factores que influyen o determinan la orientación del deseo y aún se discute la posibilidad de cambios a lo largo de la vida y el poder de gestión que cada persona tiene sobre su orientación del deseo, pero tenemos claro que, las tres formas antes citadas y sus variantes son compatibles con la salud personal y social, por lo que la familia, la escuela y los profesionales, en este caso los pediatras, deben contribuir a que estas diversidades sean bien aceptadas por la propia persona que pertenezca a esta minoría y en todos los ámbitos sociales: familia, escuela, servicios de salud o sociedad, en general.

Los homosexuales son una minoría muy relevante, por ello han luchado con éxito, en numerosos países, consiguiendo leyes más igualitarias, pero aún sufren frecuentes rechazos con una homofobia latente y formas de maltrato familiar, escolar y social. Por tanto, tiene especial relieve la homosexualidad para los pediatras, porque, por un lado, a pesar de haber sido reconocida como saludable esta orientación del deseo y admitido el derecho de las personas homosexuales al matrimonio, una parte importante de la sociedad, con la Iglesia a la cabeza, se resiste a ello. Por otro lado, en este caso, a diferencia de la disforia de género, los adolescentes homosexuales pueden ser ayudados por la familia, los educadores y los pediatras y los médicos de familia sin la necesidad de otros especialistas, porque el problema no lo tienen ellos, sino quienes son homofóbicos.

Si incluimos aquí la homosexualidad como posible problema en la adolescencia, no es porque en sí mismo lo sea, sino porque, con frecuencia, causa sufrimientos a los adolescentes cuando se dan cuenta que son distintos y que esta diversidad no es bien vista por la sociedad. Además, de hecho, muchas veces los profesionales son consultados, por los propios adolescentes o los padres en relación con la orientación del deseo.

Entre los heterosexuales pueden darse situaciones de cierta confusión, duda, miedo o culpa por tener o haber tenido actividades sexuales con personas del mismo sexo. En los juegos sexuales prepuberales o puberales es frecuente que aparezcan algunas formas de contacto sexual, con personas del propio sexo. Cuando esto es vivido o recordado, puede crear alguna duda, confusión o miedo en chicos y chicas que, sin embargo, son heterosexuales. En estos casos, informales de este hecho, y comunicarles que es perfectamente normal y, sobre todo, aclararles que no hay ninguna razón para temer la homosexualidad.

Los que lo tienen realmente más difícil, desde el punto de vista de la socialización, son los homosexuales: los chicos y

chicas homosexuales se ven sorprendidos con una orientación del deseo, que no se esperaban y que, en muchos casos, acepta mal su entorno. Incluso, a veces, tardan tiempo en saber lo que les pasa, especialmente si no están bien informados.

Los adolescentes suelen contar sus dudas a los amigos. Pero no es infrecuente que acaben haciendo una consulta a un profesional ellos mismos o sus padres, si estos últimos se enteran de que su hijo dice ser homosexual. Las consultas y los problemas se presentan con mayor frecuencia y antes en los hombres homosexuales que en las mujeres, seguramente porque los chicos se interesan más abiertamente por la sexualidad que las chicas. En efecto, las chicas lesbianas suelen retrasar más la manifestación de sus intereses sexuales. Otras veces, el motivo de la consulta tiene otras causas, como: ansiedad, depresión, fracaso escolar o huida de casa, que ocultan una homosexualidad no aceptada.

Estos problemas no son inherentes a la homosexualidad, sino la consecuencia de la dificultad que plantea “tomar de conciencia” de que se tiene una orientación del deseo minoritaria, inesperada, rechazada por buena parte de la sociedad, en un mundo en la que la única orientación del deseo que se expresa públicamente es la heterosexualidad.

De hecho, es muy frecuente que quienes se dan cuenta que son homosexuales, pasen por un periodo de negación, confusión o sentimiento de rareza. Incluso no es infrecuente que intenten ponerse a prueba con personas de otro sexo, con la intención de autodemostarse que son heterosexuales. De hecho, hasta hace unas décadas, numerosos homosexuales se casaban heterosexualmente, por la presión de las convenciones. ¿Cómo intervenir en este caso?⁽⁷⁾:

- Informar a los prepúberes, púberes y adolescentes de la existencia de esta orientación del deseo minoritaria, compatible con la salud, para que no sean sorprendidos o acepten bien a estas personas.
- Ayudar a los adolescentes a conocerse a sí mismos, analizando sus fantasías, conductas y preferencias sexuales y sociales. Es decir, ayudarles a hacer un autodiagnóstico teniendo en cuenta la multidimensionalidad –las numerosas formas en que puede expresarse (deseo, fantasías, conductas, roles, etc.) de la orientación del deseo.
- Si el deseo no está claramente especificado, o muestra claras contradicciones entre diferentes aspectos de la orientación sexual, es muy importante ayudarles a aceptar la duda y esperar, sin temor a que se especifique el deseo en cualquiera de sus formas heterosexual, homosexual o bisexual. Conviene saber también, que hay diferentes biografías sexuales, en cuanto a la orientación del deseo (tanto en los heterosexuales, homosexuales y bisexuales), biografías que, además, podrían llegar a cambiar con el tiempo, aunque no sea lo habitual.
- Si la orientación del deseo es homosexual, es bueno ayudar a los adolescentes para que se acaben aceptando como son.

Esta ayuda es especialmente eficaz, cuando se puede incorporar a los padres y amigos a este proceso de aceptación. Trabajar con los padres, para que acepten a los hijos, sea cual sea su orientación del deseo, es fundamental para los adolescentes. Incluso a aquellos padres que les sean difíciles, es útil enseñarles a darse cuenta, de que el problema lo tienen

ellos –su actitud negativa– y no su hijo –porque la homosexualidad no es un problema–.

Ayudarles a entrar en contacto con las asociaciones de homosexuales puede serles también de gran ayuda.

Vida sexual y amorosa satisfactoria

Los adolescentes empiezan su actividad sexual a edades muy diferentes⁽⁸⁻¹³⁾, dependiendo de la actividad sexual de que se trate (p. ej., antes de la adolescencia uno de cada tres ya tiene experiencia de masturbación, mientras a la actividad sexual coital acceden aproximadamente en torno al 10-11% antes de los catorce años y la mitad de ellos entre los 15 y 18 años).

Los profesionales no debemos decidir la edad de inicio de unas u otras actividades sexuales (esta decisión depende de factores culturales, de características generacionales dentro de cada cultura y de otros muchos factores bien conocidos como: las creencias y prácticas religiosas, el tipo de familia, el grado de conformismo o anomia de los adolescentes, la influencia del grupo de iguales, el estilo de vida y la forma en que se divierten, el consumo de alcohol, etc.). Pero los profesionales, sí debemos ofrecerles informaciones bien fundadas, reconocer su derecho a construir su biografía sexual-amorosa y contribuir con nuestra práctica a que esta sea saludable.

Para cubrir este objetivo, es necesario tener una vida sexual satisfactoria: en la que el deseo, la excitación y el orgasmo, lo que suele llamarse respuesta sexual humana, alcancen un nivel satisfactorio. La llamada respuesta sexual puede alcanzarse de formas muy diferentes, con sexualidad autoerótica (la masturbación) o con actividad sexual con otras personas. La propia fisiología sexual suele garantizar el adecuado funcionamiento de la respuesta sexual humana, pero los miedos, la ignorancia, las prácticas inadecuadas o la incomunicación pueden dificultarla. En algunos casos, los menos, pueden aparecer disfunciones sexuales del deseo, la excitación o el orgasmo.

Con independencia de cuando se inicien en las relaciones sexuales, la familia, la escuela y los profesionales (muy especialmente los pediatras) deben^(1-3,5):

- Ofrecer informaciones adecuadas de la anatomía y la fisiología sexual, sin olvidar la respuesta sexual humana.
- Transmitir una visión erotofílica de la sexualidad, que aleje sus miedos.
- Contestar a todas sus preguntas, según contexto y situación, también las referidas a las prácticas sexuales y a la anticoncepción.
- Ofrecerle ayudas para el caso que sufran disfunciones o tengan dificultades concretas u orientarles de forma adecuada hacia especialistas, si fuera el caso.
- Atender toda serie de preocupaciones referidas a la sexualidad como:
 - La variabilidad de la pubertad, la precoz y la retrasada.
 - Las preocupaciones en relación con la figura corporal.
 - Los posibles problemas de identidad en la infancia.
 - Los posibles problemas de transexualismo en la adolescencia.
 - Las diversas orientaciones del deseo.
 - Las disfunciones del deseo, la excitación o el orgasmo.
 - Las prácticas de riesgo.

De todos estos posibles problemas, nos centraremos en el más común, la actividad sexual de riesgo.

Las prácticas sexuales y sus posibles riesgos

En nuestra cultura^(14,15), se funciona (la familia, la escuela y el sistema sanitario) con el supuesto de que los adolescentes no tienen prácticas sexuales, especialmente relaciones coitales. Por eso, la familia, la escuela y los servicios sanitarios han actuado hasta hace poco tiempo, y aún hoy en numerosos casos, como si nada hubiera cambiado. Mientras tanto, las actitudes y las conductas de bastantes adolescentes han cambiado radicalmente.

Es indudable que las cosas han cambiado y siguen cambiando. Numerosos adolescentes (aproximadamente la mitad hasta los 15-17 años) hacen caso de lo esperado por la cultura y lo deseado por sus padres: no tener relaciones sexuales. Pero en otros muchos casos, la realidad es bien distinta, porque una cadena de hechos interrelacionados aparece en todos los estudios recientes⁽¹²⁻¹⁵⁾:

- Los adolescentes cada vez tienen actitudes más liberales y se atribuyen, con más frecuencia y convicción, el derecho a tener relaciones sexuales. De hecho, en la actualidad, ponen menos condiciones para acceder a las relaciones sexuales, limitándose, en numerosos casos, a decir que basta que ambos quieran. Hay, en todo caso, un grupo que considera que es necesario el afecto, especialmente entre las chicas. Y otro, mucho más pequeño, que pone como condición que estén comprometidos.
- Un número importante de adolescentes acceden cada vez más pronto, en relación con el pasado inmediato, a las relaciones sexuales coitales. Aproximadamente la mitad, ha tenido, al menos, una relación sexual, antes de los 15-17 años.
- Los que tienen relaciones coitales las tienen, con mayor número de parejas, que en el pasado.
- Desde que inician las primeras conductas sexuales hasta que acceden al coito, pasa menos tiempo que en el pasado y, con frecuencia, se saltan las supuestas etapas intermedias.
- Las distancias entre los chicos y las chicas en actitudes y conductas son cada vez menores. Las chicas, en numerosos casos, han dejado de ser pasivas y de asumir el rol de decir “no”; es decir, han dejado de cumplir el rol de control de la sexualidad de los varones, que se les había asignado culturalmente.
- De hecho, los adolescentes tienen frecuentes prácticas de riesgo. Numerosos estudios señalan que estas se dan, especialmente, en las primeras relaciones y en las relaciones esporádicas. Aunque los estudios ofrecen resultados muy diversos, entre el 25 y el 50%, según las investigaciones, tienen la primera relación en condiciones de riesgo, ya que no usan ningún método o recurren a “la marcha atrás”.

En relación con la edad, los más pequeños asumen más riesgos, cuando tienen conductas sexuales. A medida que avanzan en edad, tienen relaciones más estables y pasan a ser, de forma habitual, activos sexualmente y tienen prácticas más seguras.

El **precio que pagamos** tiene nombres concretos: embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Un problema especial, del que ahora hemos tomado verdadera conciencia, es el de los abusos sexuales a menores, pero hay otras formas de maltrato sexual⁽¹⁶⁾.

En conjunto, es un precio que no nos podemos permitir y que ha encendido todas las alarmas sanitarias y sociales, entre otros países, en el nuestro.

Las causas son muy complejas⁽¹³⁻¹⁵⁾, como hemos analizado con detalle en otros escritos. Tienen que ver con los planteamientos contradictorios de nuestra sociedad sobre la sexualidad de los adolescentes (a los cuales permite, incita y sobreestimula sexualmente, a la vez que les niega informaciones y ayudas), las características de los propios adolescentes (su tendencia a asumir riesgos, minusvalorar lo que dicen los adultos, dejarse presionar por los compañeros y buscar nuevas experiencias), la naturaleza de la pulsión sexual (que provoca una alta motivación y un refuerzo inmediato muy grande, frente a posibles riesgos, que no son seguros y se manifestarían, en todo caso, en el futuro) y la tendencia a consumir alcohol, como mediador de ocio (desinhibiendo los deseos sexuales, disminuyendo la conciencia de riesgo, haciendo más improbable las prácticas seguras, fomentando el descontrol y hasta la posibilidad de recurso a la agresión sexual).

Teniendo en cuenta los factores señalados en la tabla I, no es fácil conseguir llevar a cabo intervenciones eficaces, porque en muchos casos no se dan las condiciones sociales para el éxito de estas: no aceptación de los adolescentes sexualmente activos, como causa general, el silencio familiar y escolar, la falta de asistencia en planificación sexual específica para jóvenes, como factores más concretos, condenan al fracaso, la mayor parte de las intervenciones.

Para que las intervenciones puedan tener un alto grado de eficacia, se necesitan varias precondiciones^(1,2,5):

- Reconocimiento social de que numerosos adolescentes son, de hecho, sexualmente activos.
- Romper el silencio familiar, de forma que los padres hablen abiertamente con los hijos. Los padres pueden y deben darles sus criterios sobre estas relaciones, incluso si son contrarios a ellas, pero, sean cuales sean sus consejos deben:
 - Aumentar la conciencia de riesgo, si se tienen conductas sin prácticas seguras.
 - Informales de cuáles son las prácticas seguras.
 - Replantearse el problema de la actividad sexual furtiva, tanto por los riesgos mencionados como por la posible insatisfacción.
- Generalizar la educación sexual en las escuelas, de forma que los púberes y adolescentes reciban:
 - Adecuadas informaciones.
 - Una visión positiva de la sexualidad.
 - El reconocimiento de las diferentes biografías sexuales (unos sin relaciones y otros con relaciones).
 - Conocer los riesgos reales de embarazo, SIDA, E.T.S. y aumentar la conciencia de riesgo con testimonios reales.
 - Entrenarles, en situaciones simuladas, en las prácticas de sexo seguro.

- Poner a su disposición informaciones sobre los recursos materiales, como el preservativo, y asistenciales, como los centros de asesoramiento a jóvenes.
- La función de los pediatras:
 - El sistema de salud, en general, debería tomar en serio los problemas asociados a la actividad sexual de los adolescentes (y del resto de la población), en lugar de guardar silencio, lavarse las manos y dejarlo en manos de farmacéuticos (la píldora del día después) o en manos privadas (el aborto).
 - Entre los profesionales que pueden tener un rol más eficaz son los pediatras y la enfermería pediátrica, así como los ginecólogos y las matronas.
 - Los pediatras tienen una alta consideración social y podrían tener un rol esencial, aunque somos conscientes de que en las consultas más habituales, hay dos dificultades: suelen tener poco tiempo por el número de consultas y suelen acompañar las madres a sus hijas e hijos.

¿Qué podrían (condicional que soñamos sea realidad) hacer en mejores condiciones y con una mejor formación en sexualidad?:

1. Una concepción más preventiva de la intervención. En este caso, colaborando en el sistema educativo: pediatras o personal de enfermería, colaborar con la educación sexual dando algún tema y presentando a los adolescentes sus posibles ayudas en consulta u otros recursos sanitarios, como los centros de Planificación (¿Familiar?), mejor Sexual y Amorosa. Dar una información básica y darse a conocer como profesionales a los que pueden preguntar y recurrir en relación a su vida sexual y amorosa.
2. Colaborar con los centros educativos y en las consultas para ayudar a los padres en relación a la educación sexual de los hijos.
3. Tener días u horas y teléfonos o mail abiertos a las consultas de los adolescentes.
4. Consensuar con los padres el tener un tiempo de consulta, sin la presencia de la madre u otro familiar o tutor, para de manera confidencial:
 - Valorar sus conocimientos básicos y, en su caso, subsanarlos.
 - Responder a dudas o preocupaciones.
 - Preguntarle por posibles actividades sexuales de riesgo o insatisfactorias.
 - Preguntarle si alguien les ha hecho o les está haciendo sufrir, le hace daño de alguna manera y tal vez le pida que guarde el secreto. La frecuencia de diferentes formas de maltrato sexual⁽¹⁶⁾ nos exige abrir la puerta a estos sucesos.
 - Trabajar en red con educadores, asociaciones de padres y otros servicios sanitarios. Con coordinación, los servicios de Pediatría, que llegan a toda la población, podrían definir y concretar su rol en este campo.
 - Demandar a la comunidad que ponga al servicio de los adolescentes medios, como el preservativo, y centros de asesoramiento en planificación y oportunidades para formas de ocio no mediatizadas por el alcohol.

Tabla I. ¿Por qué los adolescentes tienden a asumir riesgos en la actividad sexual?

1. La sociedad les ofrece mensajes contradictorios sobre la sexualidad:

a. Por un lado:

- Incitación al consumo y a la vida cómoda y placentera
- Permisividad de horarios, relaciones y actividades
- Estimulación sexual alta a través de la publicidad y los productos culturales

Frente a los viejos mitos de la moral religiosa, se están extendiendo, incluso por profesionales mal formados, nuevos mitos fomentados por la sociedad de libre mercado, en la que la actividad sexual es una forma más de consumo:

- La actividad sexual es aconsejable y hasta obligatoria desde el punto de vista de la salud (frente al mito de su peligrosidad), aplicando una lógica nada científica: si es saludable, debes practicarla, si quieres mantenerla, debes ejercitarla o la usas o la pierdes
- Hacer educación sexual como si todos los adolescentes tuvieran o debieran tener actividad sexual, como todas las personas adultas y viejas, etc. (frente al mito de la abstinencia fuera del matrimonio heterosexual)
- Presionar para acceder pronto a la actividad sexual (frente al mito de la virginidad hasta el matrimonio)
- El “poliamor” como forma de vida sexual y amorosa (frente al mito de la monogamia)
- La presión para que se experimente toda actividad y toda diversidad (frente a los convencionalismos culturales)
- El enamoramiento como bioquímica que dura poco (frente al amor cortés sublimado y eterno), etc.

De hecho, puede decirse, que incita y permite la actividad sexual, con una reacción pendular desde la moral represiva, mantenida durante siglos, en lugar de favorecer la libertad ética, favoreciendo que cada persona decida su biografía sexual y amorosa^(1,5,9)

b. Por otro lado:

- Niega la educación sexual en la familia y la escuela
- Considera a los adolescentes como grupo que no tiene actividad sexual
- No ofrece asistencia sanitaria en este campo
- Les obliga a que la actividad sexual sea furtiva

El resultado es que, en el contexto de los nuevos mitos, tienen mucha información, pero comercial y pornográfica, no legitimada y adecuada, dada por la familia, la escuela y los profesionales de la salud. Los que tenían que hablar no hablan, no intervienen, dejando a los adolescentes en manos de internet, las televisiones, la pornografía, los valores dominantes del consumo, incluyendo los productos relacionados con la sexualidad

Las prácticas sexuales, son en consecuencia “furtivas”, puesto que no pueden reconocerse activos sexualmente ante la familia y la sociedad. ¿Puede una actividad sexual furtiva ser saludable, placentera y sin riesgos? No se lo ponemos fácil

2. Es propio de adolescentes y jóvenes:

- a. Ser atrevidos, explorar, tener nuevas experiencias
- b. Sentirse sanos y, en cierta medida, invulnerables ante los riesgos
- c. Poner en duda lo que dicen los adultos
- d. Dar importancia a los valores dominantes, conductas y presiones del grupo de iguales
- e. Tener menos conciencia de riesgos

3. Es propio de la conducta sexual:

- a. Sentirse como un deseo poderoso
- b. Ser premiada con placer inmediato y seguro; a veces también, con otros refuerzos sociales (prestigio social, etc.)

Frente a el placer inmediato y seguro, los riesgos son percibidos únicamente como “probables” y, si llegaran a producirse, futuros, no inmediatos. Por ello, la posibilidad de asumir riesgos es muy elevada

4. Con frecuencia se accede a la conducta sexual en situaciones y contextos inadecuados:

- Habiendo bebido alcohol o tomado otras drogas
- En lugares y tiempos inapropiados, propios de una actividad “furtiva”, que hay que ocultar
- Sin una comunicación previa clara
- Sin haber planificado la posibilidad de esta conducta. De hecho, entre quienes no usan el preservativo, además de resistencias de diferente tipo, suelen aducir el carácter sorpresivo de las oportunidades de tener actividad sexual

5. Características personales, como la falta de habilidades sociales para decir “no”, imponer el uso del condón, tener otras conductas sexuales seguras en lugar del coito sin protección, etc.

Si unimos todas estas posibles causas en interacción compleja, podemos comprender lo difícil que es conseguir que los adolescentes no asuman riesgos, especialmente los más jóvenes. Solo cambios claros en la familia, la escuela y los profesionales de la salud, pueden influir de forma eficaz en ellos

Los adolescentes deben aprender que tienen derecho a tener biografías sexuales diferentes, sin relaciones sexuales o con ellas, que la familia, la escuela y la sociedad están dispuestas a ayudarles a vivir su biografía sexual sin riesgos, que estos riesgos son difíciles de evitar, si no se reconocen como sexualmente activos (siempre que haya alguna posibilidad de que lo sean), aumentan su conciencia de riesgo, aprenden a decir “no”, cuando esto es lo que quieren (reconociendo el derecho a ser diferente, distinto de los demás, si es el caso), sepan ser asertivos con sus posibles parejas (no dejándose presionar y exigiendo condiciones de sexo seguro) y dejen de usar el alcohol como mediador de ocio.

Un rol muy especial de los pediatras: trabajo con las familias

Para acabar, dado que los pediatras tienen la oportunidad de **trabajar con las familias**, durante toda la infancia de sus hijos, resumimos la función esencial de las familias en relación con la sexualidad^(2,5). En efecto, la familia es el agente educativo esencial, también en materia de sexualidad, porque solo ellas pueden ofrecer la experiencia de un núcleo de convivencia amoroso en el que aprendan, emocional y mentalmente las relaciones amorosas que valen la pena. Para ello es fundamental:

- Ofrecerles, en la familia, adecuados cuidados afectivos durante la infancia, muy especialmente aceptándolos incondicionalmente y reconocerlos como valiosos (declarándolos de esta forma dignos de ser amados, que es lo que más aumenta su autoestima).
Los adolescentes están muy necesitados de sentirse seguros de sus figuras de apego (los padres o quienes hacen esta función), a pesar de que, cuando no tienen problemas, pueden hacer demostraciones de autonomía, que superficialmente dan la impresión errónea, de que ya no necesitan a los padres. Nada más lejos de la realidad: bajo la ambivalencia hacia los padres, e incluso con aparente rechazo, los adolescentes necesitan figuras de apego que les sean incondicionales. Eso sí, que también les concedan autonomía, toda la que sean capaces de usar con responsabilidad.
- Teniendo una relación cálida e íntima con los hijos, de forma que aprendan por experiencia lo que es la relación afectuosa. Aprendan a mirar y ser mirados, tocar y ser tocados, abrazar y ser abrazados, expresar y comprender emociones, compartir las emociones, regular las emociones, etc. Es aprendizaje del código de la intimidad y la inteligencia emocional.
- Ofreciéndole modelos de pareja positivos, con respeto, igualdad, cariño, etc., entre los padres.
- Enseñarles a afrontar los conflictos y a resolverlos, incluso con la separación, si fuera la opción decidida, pero sin cuestionar el valor de los vínculos afectivos y preservando la incondicionalidad de los cuidados de los padres. Las personas podemos desvincularnos de la pareja, pero no de los hijos, que siguen siendo un proyecto común.

Estas cuatro cosas deben aprenderlas fundamentalmente de los padres. Por eso, los **profesionales** pueden hacer un discurso positivo sobre los afectos y vínculos sexuales y amorosos

(frente a los discursos destructivos tan frecuentes en los medios de comunicación), y pueden ofrecerles ayudas puntuales para elaborar los conflictos entre los padres y los conflictos amorosos que puedan vivir. Ocuparse de los sufrimientos por amor o desamor en la adolescencia es tan importante como ocuparse de los embarazos no deseados o las disfunciones sexuales.

La **educación sexual familiar, escolar y profesional** tiene que hacer lo posible, no solo por evitar la insatisfacción sexual y los riesgos asociados a las prácticas sexuales, sino ayudar a los adolescentes a resolver sus necesidades amorosas. Para ello, nos parece fundamental:

- Ofrecerles una visión positiva del mundo, de la vida y de las relaciones amorosas. El mundo puede ser acogedor, la vida tiene sentido y las relaciones amorosas pueden salir bien, porque los seres humanos tenemos capacidad de amar y nuestro destino es amar y ser amados.
- Enseñarle habilidades interpersonales, entre las que destacamos:
 - Usar el código de la intimidad y tener inteligencia emocional: mirar, tocar, estar cerca, abrazar, expresar emociones, comprender emociones, compartir emociones (empatía) y regular las emociones a la vez que las usamos socialmente bien.
 - Aprender a tomar decisiones responsables en relación con la actividad sexual y las relaciones amorosas: saber decir sí o saber decir no, teniendo en cuenta las consecuencias, sin dejarse presionar por los demás.
 - Aprender a reconocer los conflictos y afrontarlos de forma explícita y pacífica.
 - Adquirir una ética de las relaciones amorosas cuyas bases compartidas podrían ser: la ética del consentimiento (frente a la de la presión, el engaño o la violencia); la ética del placer compartido (frente a la búsqueda egoísta y desconsiderada del placer); la ética de la igualdad, respeto y dignidad entre los sexos (frente a la discriminación y toda forma de machismo); la ética de la responsabilidad ante a los riesgos (frente al uso de drogas y sustancias no saludables y que cercenan la responsabilidad y la libertad, las prácticas sexuales de riesgo, etc.); la ética de la lealtad en el compromiso de pareja (frente al engaño, la instrumentalización, etc.), la ética de la diversidad (respetar las diversidades sexuales saludables y concederse el derecho a vivir la propia diversidad), la ética de la vinculación y la desvinculación (reconociendo las separaciones como un derecho, pero, a la vez, la posibilidad de que los vínculos de pareja duren toda la vida) y la ética de los cuidados (cuidar de la pareja y cuidar de las crías)^(3,4).

En definitiva, aprender a amar y a ser amados, que no es otra cosa que aprender a cuidar y a ser cuidados (el sistema de cuidados es generoso con el otro, dando un salto cualitativo sobre las relaciones de igualdad) entre personas que forman una pareja sexual y amorosa, un proyecto de vida libremente aceptado y libremente mantenido. Aprender a cuidar a otra persona requiere un largo aprendizaje, desde la infancia, porque es preciso saber ponerse en el punto de vista del otro, desear su bienestar y contribuir decididamente a él. Uno de los problemas actuales es que no educamos para cuidar, para

sentirnos responsables del bienestar del otro, para ser constantes y disciplinados, disponibles con el otro, porque finalmente cuidar es bueno para el “cuidado” y para el que cuida. El estilo de vida actual y los valores dominantes favorecen la actitud de querer ser amado sin amar, ser cuidado sin cuidar, priorizando de forma equivocada el propio bienestar, el propio currículum, una visión egocéntrica de las relaciones en las cuales siempre, si es así, no se tiene tiempo para los hijos, para la familia, para los amigos y para la pareja⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

Y, no se olvide, de lo que depende más nuestro bienestar, es de que consigamos amar y ser amados: eso es lo que queremos decir cuando hablamos del sistema de cuidados^(5,20), un sistema que es fundamental que ejerzan los padres con los hijos, los amigos con los amigos y, muy especialmente, los que están en pareja, entre sí. El deseo, la atracción y el enamoramiento son importantes en la pareja, la satisfacción sexual también, pero lo es aún más, el lograr la intimidad y el cuidarse incondicionalmente el uno al otro (aspectos, que, por cierto, favorecen también el buen funcionamiento sexual). ¿Estamos educando en la comodidad, en la búsqueda de propio currículum y el propio placer, o estamos educando en la capacidad de amar? Esta es la cuestión. Equivocarse en esto, no nos lo podemos permitir los padres, los educadores, los profesionales y la sociedad, porque finalmente tenemos la responsabilidad de educar para el bienestar personal y social.

Quienes quieran ir más lejos en lo que podemos hacer, les propongo un programa de promoción del bienestar para adolescentes.

Bibliografía

- López F. La educación sexual. Madrid: Biblioteca Nueva. 2005.
- López F. La educación sexual de los hijos. Madrid: Pirámide. 2006.
- López F. Ética de las relaciones sexuales y amorosas. Madrid: Pirámide. 2015.
- López F. Educación sexual y Ética de las relaciones sexuales y amorosas. Madrid: Pirámide. (2017, en prensa).
- López F. Amores y desamores: procesos de vinculación y desvinculación. Madrid: Biblioteca Nueva. 2009.
- López F. Identidad del yo, identidades sexuales y de género. En: Moreno O, Puche L (Coordinadores): Transexualidad, adolescencia y educación: medidas interdisciplinarias. Madrid: Ed. EGALES. 2013; 135-51.
- López F. Homosexualidad y Familia. Madrid: Ed. Grao. 2007.
- Aspy C, Vesely S, Oman R, Rodine S, Marshall L, McLeroy K. Parental communication and youth sexual behaviour. *Journal of Adolescence*. 2007; 30: 449-66.
- Bay-Cheng LY. The trouble of teen sex: the construction of adolescent sexuality through school-based sexuality education. *Sex Education*. 2003; 3: 61-74.
- López F, Carcedo R, Fernández-Rouco N, Blázquez MA, Kilani A. Diferencias de género en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *Anales de Psicología*. 2011; 27: 791-9.
- López F, Fernández-Rouco N, Carcedo R, Kilani A, Blázquez MA. La evolución de la sexualidad prepuberal y adolescente: diferencias en afectos y conductas entre varones y mujeres. *Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia*. 2010; 5: 165-84.
- De Graaf H, Vanwesenbeeck I, Meijer S, Woertman L, Meeus W. Sexual trajectories during adolescence: relation to demographic characteristics and sexual risk. *Archives of Sexual Behavior*. 2009; 38: 276-82.
- Diamond L, Savin-Williams R. Adolescent sexuality. En: Lerner R, Steinberg L (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*. 2009; 1: 479-523. Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Moilanen K, Crockett L, Raffaelli M, Jones B. Trajectories of sexual risk from middle adolescence to early adulthood. *Journal of Research on Adolescence*. 2010; 20: 114-39.
- Tolman D, McClelland S. Normative sexuality development in adolescence: a decade in review, 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence*. 2011; 21: 242-55.
- López F. Abusos sexuales y otras formas de maltrato sexual. Madrid: ED. Síntesis. 2014.
- Collins W, Welsh D, Furman W. Adolescent romantic relationships. *Annual Review of Psychology*. 2009; 60: 631-52.
- Jones M, Furman W. Representations of romantic relationships, romantic experience, sexual behavior in adolescence. *Personal Relationships*. 2011; 18: 144-64.
- Vannier S, O'Sullivan L. Communicating interest in sex: verbal and nonverbal initiation of sexual activity in young adults' romantic dating relationships. *Archives of Sexual Behavior*. 2011; 40: 961-9.
- Vrangalova Z, Savin-Williams R. Adolescent sexuality and positive well-being: a group-norms approach. *Journal of Youth and Adolescence*. 2011; 40: 931-44.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.



El Rincón del Residente

Coordinadores: M. García Boyano*,
I. Noriega Echevarría**, E. Pérez Costa*,
D. Rodríguez Álvarez*

**Residentes de Pediatría del Hospital
Universitario Infantil La Paz. Madrid.*

***Residente de Pediatría del Hospital
Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid*



El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos e imágenes clínicas entre otras. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

¿Pubertad precoz y masa uterina?

M. Ortega Navaridas*, M. Velilla Aparicio*, J. Pozo Román**

*Médicos Residentes de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. **Médico Adjunto del Servicio de Endocrinología Pediátrica y Profesor Asociado de Pediatría de la Universidad Autónoma de Madrid. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Pediatr Integral 2017; XXI (4): 286.e1–286.e8

Historia clínica

Niña de 7 años y 6 meses de edad que consulta por aparición de telarquia bilateral de una semana de evolución, sin pubarquia, axilarquia, aceleración del ritmo de crecimiento, ni otros signos sugerentes de inicio puberal o de enfermedad sistémica (fiebre, pérdida de peso, astenia, sudoración...). No refieren antecedentes personales o familiares de interés, ni tampoco antecedentes familiares de pubertad temprana. La madre presentó la menarquia a los 13 años y el padre refiere desarrollo puberal tardío. La exploración de la paciente es normal, únicamente, presenta un botón mamario bilateral, de aproximadamente 1 cm de diámetro y ligeramente doloroso a la palpación.

Ante la sospecha de pubertad precoz (PP), se solicitó una radiografía de mano y muñeca izquierdas, que mostró una edad ósea acorde con su edad cronológica, y una ecografía pélvica, que fue informada como: tumoración en *fundus* uterino con discreta heterogeneidad ecográfica y mediciones aproximadas de 4,5 x 3 x 3,3 cm (Fig. 1 A). Se completó el estudio diagnóstico con una analítica de sangre, que mostró: niveles séricos de LH, FSH, estradiol e IGF-I, todos ellos en rango prepuberal; metanefrinas fraccionadas en suero, en rango normal; y marcadores tumorales, negativos (subunidad β de la gonadotropina coriónica [β -HCG], alfa-fetoproteína y antígeno carcinoembrionario). Así mismo, se solicitó una RM pélvica para intentar delimitar anatómicamente las características tumorales (Figs. 1 B y C).

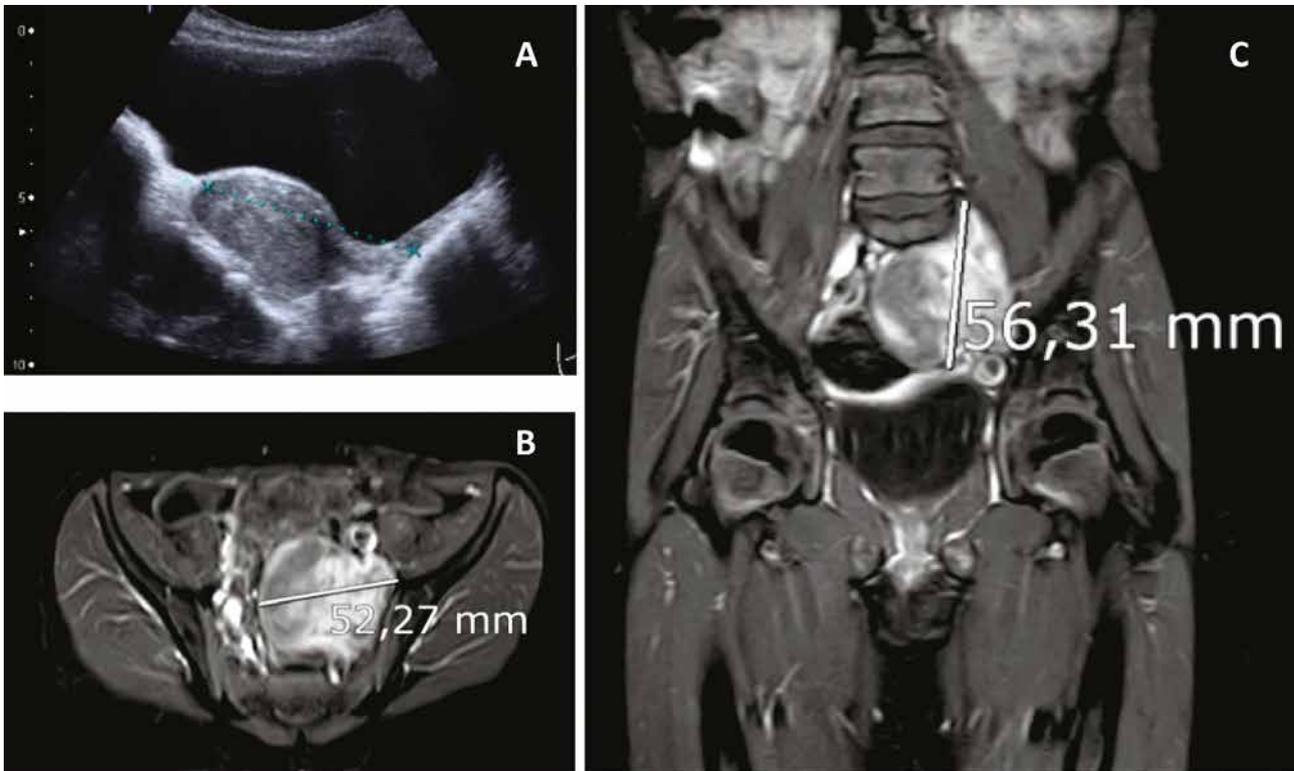


Figura 1.

¿Cuál es su sospecha diagnóstica?

- a. Tumor uterino productor de estrógenos (pubertad precoz periférica).
- b. Tumor uterino con telarquia prematura aislada.
- c. Tumor extrauterino con telarquia prematura aislada.
- d. Pubertad precoz central con hipercrecimiento uterino.
- e. Tumor ovárico productor de estrógenos (pubertad precoz periférica).



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Respuesta correcta

- c. Tumor extrauterino con telarquia prematura aislada.

Comentario

- a. Incorrecta. La normalidad de la edad ósea, la ausencia de otros signos puberales y los estudios hormonales en rango prepuberal, no sugieren una verdadera pubertad precoz.
- b. Incorrecta. En la imagen de la RM se objetiva una tumoración extrauterina no intrauterina.
- c. Correcta. La RM pone de manifiesto una tumoración extrauterina y la presencia de telarquia aislada, sin otros signos puberales, y con niveles estrogénicos en rango prepuberal, sugiere que se trata de una telarquia prematura aislada, diagnóstico que se confirma con su desaparición espontánea posterior en pocas semanas.
- d. Incorrecta. No existen datos clínicos ni analíticos sugestivos de pubertad precoz. Lo que se muestra en la RM es una tumoración y no un hipercrecimiento uterino.
- e. Incorrecta. Se trata de una tumoración uterina y no ovárica, además la ausencia de niveles elevados de estrógenos (propios de un tumor ovárico secretor de estrógenos) y de otros signos de estrogenización, además de la telarquia, descartan esta opción diagnóstica.

En la RM pélvica (Figs. 1 B y C), se objetiva una tumoración presacra, extrauterina, que se introduce por el agujero de conjunción S1 izquierdo, compatible, en primer lugar, con tumoración de nervio periférico dependiente de la raíz S1. Ante una tumoración retroperitoneal de aparente origen nervioso, y aunque la paciente no presentaba sintomatología sugerente de hipersecreción de catecolaminas, se descarta esta mediante la determinación de metanefrinas fraccionadas en suero. Posteriormente, se realiza exéresis quirúrgica de la masa tumoral y estudio anatomopatológico conduce al diagnóstico de ganglioneuroma maduro (GNM).

Los GNM son los representantes más benignos de los tumores neuroblásticos periféricos (PNTs), un grupo de tumores, predominantemente pediátricos, que se originan en la raíz de los ganglios dorsales de la médula espinal y en la médula suprarrenal, a partir de neuroblastos que proceden de la cresta neural y que exhiben un grado variable de maduración hacia célula ganglionar⁽¹⁾. Se reconocen tres tipos histológicos de PNTs: neuroblastomas, ganglioneuroblastomas y ganglioneuromas^(1, 2).

Los GNM son tumores muy infrecuentes. El 40% se diagnostican antes de los 20 años, localizándose, preferentemente, en: tórax (44,4%), abdomen (44,4%), pelvis (6,7%) y cuello (4,5%)⁽³⁾. Con frecuencia son asintomáticos (40-50%) y, como en nuestro caso, se descubren fortuitamente en pruebas de imagen realizadas por otro motivo. Cuando hay sintomatología, esta suele depender de la localización del tumor y de la compresión de tejidos vecinos o de la médula por invasión del canal raquídeo^(3,4). Rara vez, pueden secretar catecolaminas y producir una clínica similar a feocromocitomas/paragangliomas (FEO/PG)^(5,6). Aparecen habitualmente *de novo*,

pero, ocasionalmente, pueden ser el resultado de la diferenciación, espontánea o inducida por la quimioterapia, de un PNT maligno⁽²⁾. También, se han descrito asociados a: NF1, MEN-IIb y Von Hippel-Lindau, síndromes a los que también se asocia el desarrollo de FEO/PG^(7,8). El tratamiento de elección es su resección quirúrgica⁽⁹⁾ que, dependiendo de su tamaño y localización, puede conllevar complicaciones graves, especialmente neurológicas o vasculares. Cuando la resección es parcial o no se reseca por el riesgo que conlleva, el tumor puede permanecer estable o crecer lentamente, pudiendo requerir cirugía urgente en un momento dado o evolucionar, incluso después de décadas: otros histotipos de PNTs, incluidas las formas malignas⁽¹⁰⁾.

En lo referente al desarrollo puberal de la paciente, nada tiene que ver el GNM, fue una asociación fortuita, fuente inicial de confusión, pero que permitió el diagnóstico de la tumoración. La PP periférica en niñas es muy infrecuente y los tumores uterinos no son una de sus causas. En nuestra paciente, la normalidad de la edad ósea, la ausencia de otros signos puberales y los estudios hormonales en rango prepuberal no sugerían una verdadera PP, ni central ni periférica. La desaparición espontánea de la telarquia en unas semanas, confirmó el diagnóstico de telarquia prematura aislada.

Palabras clave

Ganglioneuroma maduro; Tumoración presacra; Tumor neuroblástico periférico; PNET.

Bibliografía

1. Fernández D, Muriel M. Tumores de la cresta neural. *Pediatr Integral*. 2012; XVI: 515-24.
2. Conh SL, Pearson AD, London WB, et al. The International Neuroblastoma Risk Group (INRG) Classification System: An INRG Task Force report. *J Clin Oncol*. 2009; 27: 289-97.
3. De Bernardi B, Gambini C, Haupt R, et al. Retrospective study of childhood ganglioneuroma. *J Clin Oncol*. 2008; 26: 1710-6.
4. Hayes FA, Green AA, Rao BN: Clinical manifestations of ganglioneuroma. *Cancer*. 1989; 63: 1211-4.
5. Georger B, Hero B, Harms D, et al: Metabolic activity and clinical features of primary ganglioneuromas. *Cancer*. 2001; 91: 1905-13.
6. Lucas K, Gula MJ, Knisely AS, et al: Catecholamine metabolites in ganglioneuroma. *Med Pediatr Oncol*. 1994; 22: 240-3.
7. Lora MS, Waguespack SG, Moley JF, Walvoord EC. Adrenal ganglioneuromas in children with multiple endocrine neoplasia type 2: a report of two cases. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005; 90: 4383-7.
8. Bernini GP, Moretti A, Mannelli M, et al. Unique association of non-functioning pheochromocytoma, ganglioneuroma, adrenal cortical adenoma, hepatic and vertebral hemangiomas in a patient with a new intronic variant in the VHL gene. *J Endocrinol Invest*. 2005; 28: 1032-7.
9. Okamoto C, London WB, Naranjo A, et al. Clinicopathological characteristics of ganglioneuroma and ganglioneuroblastoma: a report from the CCG and COG. *Pediatr Blood Cancer*. 2009; 53: 563-9.
10. Kulkarni AV, Bilbao JM, Cusimano MD, Muller PJ. Malignant transformation of ganglioneuroma into spinal neuroblastoma in an adult. Case report. *J Neurosurg*. 1998; 88: 324-7.

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



Fiebre y adenopatías

R. Girón del Río*, J. Cano Fernández**, P. Flores Pérez**

*Médico Interno Residente de segundo año de Pediatría del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

**Médico Adjunto del Servicio de Pediatría del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Historia clínica

Niña de 6 años, de origen español, residente en medio urbano. Refiere contacto esporádico con perros y conejos, sin otros antecedentes relevantes. Consulta en Urgencias por fiebre de hasta 40°C de 5 días de evolución, dolor abdominal difuso, disuria y tumoraciones inguinales bilaterales dolorosas.

A la exploración, se objetiva conglomerado adenopático en región inguinal derecha, de 7 x 2 cm, doloroso, de consistencia media, no adherido a planos profundos, con intenso eritema en piel suprayacente. Presenta adenopatías, de menor tamaño y similares características, en región inguinal izquierda. En miembro inferior y glúteo derecho, presenta lesiones pápulo-costrosas compatibles con picaduras de insecto. Además, se observa eritema en introito vulvar con exudado blanquecino.

Entre las pruebas complementarias se realiza: hemograma, bioquímica sanguínea, inmunoglobulinas y hemocultivo, obteniéndose resultados normales. El Mantoux es negativo. El cultivo del exudado vaginal es positivo a *Haemophilus spp* y en el urocultivo se aísla *Staphylococcus aureus*. Se solicitan

serologías a distintos virus y bacterias. Entre las pruebas de imagen, se realiza una ecografía inguinal derecha, que evidencia un complejo adenopático con celulitis. Se hace una biopsia ganglionar, siendo la histopatología compatible con granulomatosis necrotizante sin evidencia de microorganismos. La tinción de Gram y los cultivos son negativos.

A lo largo de su evolución, recibe tratamiento con amoxicilina-clavulánico, cefotaxima, clindamicina, cloxacilina y azitromicina. A pesar de ello, no presenta clara mejoría del cuadro inflamatorio.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Enfermedad por arañazo de gato.
- Adenitis inguinal por micobacteria no tuberculosa.
- Tularemia glandular.
- Brucelosis.
- Linfogranuloma venéreo.



Figura 1.



Figura 2.

Respuesta correcta

c. Tularemia glandular.

Comentario

Las serologías a citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus herpes simple, virus herpes 6 y 8, parvovirus, virus de la inmunodeficiencia humana, *Toxoplasma*, *Bartonella*, *Bruceella* y *Chlamydia trachomatis* son negativas. Finalmente, se reciben resultados de serología y PCR en ganglio positivos para *Francisella tularensis*, con lo que se establece el diagnóstico de tularemia glandular. Se instaura tratamiento con estreptomycin intramuscular durante 10 días, presentando buena evolución clínica.

La tularemia es una zoonosis bacteriana producida por *Francisella tularensis*. La forma clínica más frecuente en niños es la glandular, caracterizada por la presencia de ganglios linfáticos agrandados y dolorosos, sin lesión primaria evidente⁽¹⁾. A diferencia de nuestro caso, suele presentarse como adenopatías cervicales o auriculares posteriores, con tendencia a la supuración tardía. En la primera imagen (Fig. 1), se aprecia el complejo adenopático inguinal derecho, con signos inflamatorios locales, tras un mes de evolución del cuadro. En la segunda (Fig. 2), su aspecto varios días después, previo a la supuración.

En los niños, este cuadro puede confundirse con la enfermedad por arañazo de gato, causada por *Bartonella henselae*. Otros posibles diagnósticos diferenciales son la brucelosis o la toxoplasmosis, todas ellas descartadas por serología. La adenitis bacteriana piógena se descartó ante la negatividad de los cultivos del exudado purulento. También, se planteó la posibilidad de una tuberculosis ganglionar o una adenitis por micobacterias no tuberculosas. Ante la disuria, los signos de vulvovaginitis y las llamativas adenopatías inguinales, podría plantearse diagnóstico diferencial con el linfogranuloma venéreo, sin embargo, no encontramos nada en la historia que nos hiciese sospechar abuso sexual, no había úlceras genitales y la serología de *Chlamydia trachomatis* fue negativa.

El diagnóstico se efectuó mediante serología y PCR en adenopatía inguinal. Como en otros casos descritos en la literatura, los cultivos fueron negativos, puesto que *Francisella tularensis* requiere medios especiales para su crecimiento⁽²⁻⁴⁾.

Es importante profundizar en los antecedentes epidemiológicos que con frecuencia serán la clave del diagnóstico. En nuestro caso había existido contacto previo con conejos, uno de los principales reservorios de la enfermedad^(2,3). Así mismo, se debe pensar en ella, ante cuadros clínicos compatibles que no responden adecuadamente al tratamiento con betalactámicos.

El tratamiento de elección en todas las edades, es la estreptomycin parenteral, por sus altas tasas de curación y escasas recaídas^(1,4). Una alternativa válida es la gentamicina, pudiéndose emplear ciprofloxacino en los casos leves-moderados. La duración no debe ser inferior a 10 días, siendo la evolución generalmente buena⁽⁴⁾. El tratamiento debe individualizarse según las características epidemiológicas, la severidad de la enfermedad y las características del huésped.

Palabras clave

Tularemia; *Francisella tularensis*; Zoonosis.

Bibliografía

- Jacob RF. Tularemia. En: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2006. p. 1023-27.
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES). Informe de situación y evaluación del riesgo de la tularemia en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- Vega J, Miranda A, Cuadrado C, Samaniego E, Bordel MT. Actualización de la tularemia en España. Actas Dermosifiliogr. 2003; 94: 236-42.
- Penn RL. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of tularemia. [Monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2014 [acceso 26 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment-of-tularemia?source=search_result&search=tularemia&selectedTitle=1-51.

10 Cosas que deberías saber sobre... ...Baby-Led Weaning



I. Noriega Echevarría, E. Pérez Costa,
D. Rodríguez Álvarez, M. García Boyano

La alimentación complementaria guiada por el bebé o baby-led weaning (BLW) es un método de alimentación en el primer año de vida, basada en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y la posterior introducción de la alimentación complementaria (AC), en la que el propio lactante elige los alimentos que ingiere evitando el uso de cuchara

Existe un interés creciente por parte de los padres, así como información en internet y redes sociales sobre el BLW. Las ventajas que atribuyen sus promotores para este modelo incluyen: favorecer el desarrollo de la sensación de saciedad en el lactante, disminuyendo el riesgo posterior de obesidad, una mejor adaptación a la introducción de distintas texturas y sabores y el mejor desarrollo de su coordinación motora

Sin embargo, la evidencia científica disponible es escasa. Las preocupaciones de la comunidad médica se centran en la posibilidad de desarrollo de déficit calórico y estancamiento ponderal secundario, déficit de hierro y episodios de atragantamiento

En el BLW se recomienda mantener lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta que el lactante alcance un neurodesarrollo adecuado. Si bien, se puede utilizar este modelo con lactancia artificial, se presupone que la pérdida de la variabilidad de sabor de las fórmulas artificiales con respecto a la leche materna pueden dificultar la transición a la AC

La AC se introducirá cuando el lactante alcance la sedestación estable, coordinación mano-boca y capacidad de deglución, correspondiente aproximadamente a los 6 meses de edad. Se le ofrecerán alimentos de distintos grupos que pueda coger con las manos, generalmente en forma de barra, siendo él mismo el que elige los alimentos y la cantidad que ingiere. Algunos autores admiten la inclusión de hasta un 10% del contenido nutricional con el uso de cuchara

La AC debe iniciarse con alimentos de textura suave, aumentando la dureza según avance la erupción dental. La mayoría de los padres aboga por la introducción de los mismos alimentos que ingiere la familia, predominando el grupo de frutas y verduras, lo cual podría producir una ingesta calórica total inferior a la recomendada

La mayor preocupación por parte de padres y médicos es el riesgo de episodios de atragantamiento. A día de hoy, no existen datos suficientes que evidencien un mayor número de estos episodios en los niños con BLW. Se recomienda evitar la exposición a alimentos duros (manzana cruda, frutos secos...) y mantener siempre la presencia de un adulto mientras el lactante se esté alimentando

A partir de los 6 meses, una de las mayores fuentes de ingesta de hierro en la alimentación de los lactantes son los cereales, que se encuentran fortificados en hierro. Este alimento no suele estar incluido en la dieta de los niños con BLW, pero ellos suelen estar expuestos a alimentos ricos en hierro (carne, pollo) a edades más tempranas, no quedando claro el eventual riesgo de ferropenia en estos pacientes

En niños prematuros, con retraso en el desarrollo psicomotor, riesgo potencial de desarrollar alergias alimentarias o con procesos intercurrentes frecuentes que impidan una ingesta calórica adecuada, es necesario explicar a los padres que el BLW no es el método más adecuado para introducir la AC en estos niños

En resumen, de ser el BLW el método de elección de los padres para alimentar a sus hijos, el pediatra debe vigilar que la elección de los alimentos, su composición nutricional (incluyendo sal, azúcar y micronutrientes) y la ganancia ponderal del paciente sean adecuados, así como evitar riesgos asociados a una capacidad motora insuficiente

Para saber aún más...

1. Cameron SL, Heath AM, Taylor RW: How feasible is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence. *Nutrients*. 2012; 4: 1575-609.
2. Dalmau J, Moreno JM: Alimentación complementaria, puesta al día. *Pediatr Integral*. 2017; XXI (1): 47.e1-e4.
3. Cameron SL, Taylor RW, Heath AM: Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS-a versión of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr*. 2015; 15: 99.



Con el fonendo en la mochila

En la era de la globalización, con la facilidad para viajar a otros países, conocer nuevas culturas y distintas situaciones socio-sanitarias, nace esta sección con el objetivo de dar a conocer las experiencias de residentes de Pediatría, que han salido del país para ampliar sus conocimientos médicos en un contexto diferente al nuestro. Una herramienta de ayuda para todos aquellos que se planteen realizar algo similar.

Información del rotante

- Nombre: Amanda Fernández Menéndez.
- Email: amanda.fernandezylena@gmail.com.
- Hospital de Origen: Hospital Universitario La Paz.
- Subespecialidad pediátrica (si aplicable): Endocrinología Pediátrica.
- Año de residencia en el que se realizó la rotación externa: R4.
- Duración de la rotación externa: 5 semanas.

Cuestionario

1. ¿Dónde has realizado tu rotación? ¿Por qué elegiste ese hospital?

Elegí hacer un *observership* en el Boston Children's Hospital (BCH) en Massachusetts, Estados Unidos, asociado a la facultad de Medicina de Harvard y reconocido como uno de los mejores hospitales pediátricos en el ranking *U.S. News* para el año 2016-2017.

Había recibido *feedback* muy positivo de la experiencia de otros compañeros que ya habían realizado una rotación en este centro, tanto profesional como personalmente, siendo una oportunidad para profundizar en patologías concretas/consultas monográficas en un centro con amplia experiencia y gran volumen de pacientes.

Otro de los motivos que condicionaron mi decisión fue la posibilidad de conocer su programa propio de obesidad infantil (OWL, *Optimate Weight for Life*), basado en un seguimiento médico multidisciplinar y que cuenta con gran experiencia en cirugía bariátrica infanto-juvenil.

Realizar la rotación en un país de habla inglesa fue fundamental para tomar la decisión, ya que es el idioma extranjero en el que mejor me desenvuelvo.



2. ¿Cómo conseguiste la rotación? ¿Qué documentos o trámites tuviste que realizar?

En primer lugar, hice partícipe de mi interés por la rotación a la Jefe de Servicio de mi centro y recibí ayuda de compañeros que ya habían rotado en el BHC, que me orientaron en los primeros pasos.

Mantuve contacto por correo electrónico con la responsable de docencia de Endocrinología Pediátrica en el BCH y a través de la secretaria del servicio, me ofrecieron las fechas en las que podía rotar, solicitando finalmente fecha para enero-febrero de 2017 y recibiendo posteriormente confirmación certificada vía mail.

El tiempo transcurrido entre la primera toma de contacto y la aceptación definitiva fue de 3 meses, en los cuales mantuve contacto mail y telefónico con la Unidad Docente del servicio de manera semanal. Recomiendo en caso de querer rotar en este centro, empezar con las gestiones lo antes posible, ya que es un hospital ampliamente solicitado y, en concreto, el servicio de Endocrinología acepta únicamente un rotante externo por período.

Tras obtener la confirmación, fue necesario aportar la documentación a la Unidad de Docencia de mi centro, entre la que se encuentra la carta de aceptación, un documento motivacional en el que se explican los motivos por el que elegí el centro, así como otros formularios que me suministraron en Docencia y revisó mi tutora.

Al realizar una rotación en Estados Unidos, siendo la legislación diferente a la europea, tuve que aportar un documento del Ministerio de Justicia demostrando la ausencia de antecedentes penales, seguro médico universal, serologías completas con Mantoux negativo y calendario vacunal actualizado (esta documentación la envía el BCH). También tuve que firmar documentación relativa a la confidencialidad del paciente y mi condición de *observer*. En el caso del BCH, es

necesario abonar una tasa de tramitación de gestiones para obtener el certificado final.

Solicité en la Embajada Americana un visado B1/B2 (es el que recomendó el hospital) que incluye prácticas médicas. El trámite es sencillo, aunque hay que pedir cita con antelación y aportar la documentación del hospital y realizar una pequeña entrevista en la propia embajada.

3. Una vez iniciada la actividad asistencial, ¿cuál fue tu grado de participación?

La actividad asistencial se dividía en consultas externas (monográficas y general) y planta de hospitalización (diabetes y endocrinología general).

Pasé gran parte de mi rotación en la planta de hospitalización, especialmente en diabetes, por la diferencia de manejo respecto a mi hospital, donde acompañaba al *fellow* correspondiente y al *consultant* encargado en los pases de visita diarios con los pacientes y en las diferentes *rounds* con otros especialistas.

Aunque en el BHC no ofrecen acceso a los programas informáticos del hospital a los rotantes externos debido a su política de confidencialidad, era partícipe de todas las decisiones que se tomaban respecto a los pacientes (ingresos, pruebas diagnósticas, cambios de tratamiento etc.), aportando mi punto de vista o las dudas que fueran surgiendo al respecto.

Tuve oportunidad de participar activamente en programas educacionales con padres y pacientes, especialmente en el manejo de diabetes y obesidad infantil, comentando muchas veces las diferencias y similitudes de manejo respecto a mi hospital.

Al llegar al centro, me ofrecieron también asistencia a las sesiones y clases magistrales que se impartían en el hospital y en la facultad de Medicina durante mi estancia, pudiendo acceder a las que más me interesaron (desde temas endocrinológicos, manejo del duelo infantil, Pediatría general, etc.).

Existía también una reunión de personal después de la actividad en consulta de tarde, donde se comentaban los casos más interesantes vistos en el día y repasábamos alguna patología endocrinológica.

4. ¿Se fijaron unos objetivos docentes preestablecidos antes de tu llegada? ¿Se realizó una evaluación de tu labor al final de la rotación?

No existían objetivos docentes predeterminados. Al llegar y entrevistarme personalmente con la responsable de los rotantes extranjeros, me ofrecieron la posibilidad de amoldarme a lo que más me interesara, teniendo oportunidad de gestionar el tiempo de la rotación.

Este punto es algo que agradecí, ya que me permitió aprovechar al máximo el tiempo de estancia y centrarme en patologías o manejos de los que pudiera aprender o que fueran distintos a los de mi hospital.

Como uno de mis objetivos principales era el programa *OWL*, me ofrecieron la posibilidad de trasladarme algunos días a otros centros satélites pertenecientes al BHC, en autobuses para personal, donde pude continuar mi formación en este tema. El personal de esta unidad fue muy acogedor y docente, facilitándome toda la documentación necesaria y

ofreciéndome participar en el programa de ejercicio para pacientes obesos.

Al final de la rotación, mantuve una entrevista con la responsable docente comentando mis impresiones de la rotación y rellené una pequeña encuesta para el hospital.

5. Resume brevemente los conocimientos/habilidades adquiridas

Diferente visión y manejo de diabetes infantil (debut diabético, manejo de paciente crónico en consultas y planta de hospitalización y educación diabetológica).

Participación activa en el programa de obesidad infantil *OWL*: consulta multidisciplinar con endocrinólogo pediátrico, nutricionista infantil y experto en medicina comportamental. Participación en programa de ejercicio para pacientes obesos.

Endocrinología general (pubertad precoz, talla baja, hiper-cortisolismo, fibrosis quística, hiperandrogenismo, síndrome, etc.).

6. ¿Cambiarías algo relacionado con tu rotación? En caso afirmativo, ¿qué cambiarías?

Me gustaría que existiera la posibilidad de realizar una rotación más extensa, ya que la capacidad asistencial y docente del servicio es muy amplia.

7. Puntúa del 1 al 10 (equivaliendo 1 a una puntuación muy mala y 10 a una puntuación muy buena):

- Enseñanza: 9.
- Supervisión: 10.
- Grado de aprendizaje: 9.
- Puntuación global: 9.

8. ¿Esta rotación ha cambiado tu práctica médica? ¿Ves posible aplicar dichos conocimientos de regreso en tu hospital o en tu futura práctica profesional?

La rotación en BHC ha sido una de las mejores experiencias de mi residencia de Pediatría.

La posibilidad de salir del centro propio y aprender acerca de las diferentes visiones y manejos de la patología estudiada es impagable. A esto se suma salir de la comodidad de la rutina individual, por lo que el aprendizaje personal es también significativo.

En caso de mi subespecialidad, ha cambiado drásticamente la forma de enfocar al paciente obeso, pudiendo aportar en mi servicio los nuevos conocimientos adquiridos, que sin duda servirán como base para continuar mi formación en Endocrinología Pediátrica.

9. ¿Pudiste implicarte en alguna actividad más allá de la asistencia (docencia, sesiones clínicas, investigación...)? En caso afirmativo, ¿puedes explicarnos qué tipo de actividad?

Como he comentado anteriormente, la docencia es un pilar fundamental en el BHC, fomentándose mi asistencia desde el inicio a diferentes sesiones médicas o impartidas por otros profesionales en la Universidad.



The Corner

C. García Mauriño*, A. Molina García**
*Post-doc research fellowship en el Centre for Vaccines and Immunity, Research Institute del Nationwide Childrens Hospital, Columbus, Ohio. **Adjunta de los Servicios de Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Nisa Pardo de Aravaca (Madrid)

11. Abdominal pain in the ED

Resident: Dr. Smith, I have a complicated patient that looks unwell, could you please come and examine him?

Brian is a 3 year old boy with a complicated past medical history. He is a full term baby, delivered by C-section, who was discharged home after 48 hours. At 7 days of life he came to the ED due to constipation. Per mum he had had no bowel movements since the one at the hospital. At examination he had a distended abdomen. A plain abdominal film was done showing dilated bowel loops. He was admitted and diagnosed with Hirschsprung disease. He underwent surgery. Since then he has been doing well, he has 1-2 bowel movements a day. No other relevant issues in his past medical history.

Attending: Ok. What prompted his visit to the ED?

Resident: Two days ago he started having diarrhea and abdominal pain which has been progressing since. Mum describes small watery stools, about 4-5 a day, no blood. Today he has vomited once after lunch. No objective fevers, mum has been checking every four hours, and no other symptoms according to the history. At examination the patient is pale and sweaty, his vitals are within normal range for his age except his heart rate and temperature, he's tachycardic and febrile, 38°C. He has symmetric pulses and a capillary refill <2 sec, mucous membranes are moist and oropharynx is clear. His abdomen is impressively distended and very tender to palpation, specially the lower right quadrant. He has no hepatosplenomegaly and the rest of the exam shows nothing relevant.

Attending: Let's go and see him, but from what you told me we should place an IV and obtain a CBC and blood culture now. He's probably going to need a plain abdominal radiograph and an ultrasound. What would be on your differential diagnosis?

Resident: Well appendicitis would be high on my differential, being that the abdominal pain seems to be localized in the lower right quadrant and he has started with fever. It could also be an intussusception, given the age range and the history, although the fever would not be explained. It could also just be a gastro intestinal infection.

Attending: Good. But the key thing about this patient is his past medical history. A patient with Hirschsprung who comes to the ED with diarrhea and abdominal pain is an enterocolitis until proven otherwise. These patients have increased susceptibility to bacterial translocation, the

pathophysiology seems to be multifactorial. This entity which is called Hirschsprung's associated enterocolitis, is very important because it has high rates of mortality and morbidity. These patients deteriorate quickly and often require intensive care unit admission.

Resident: Oh, I wasn't aware of this. I thought that after the removal of the aganglionic bowel the patients had no further risks.

Attending: Actually the incidence of Hirschsprung's associated enterocolitis appears to be unchanged from the pre-operative to the post-operative period, so patients can present at any time during their childhood.

KEY WORDS:

Full term baby: bebé a término.

Delivered by C-section: parto por cesárea.

Constipation: estreñimiento.

Bowel movements: deposición.

Plain abdominal film/radiograph: radiografía simple de abdomen.

What prompted his visit to the ED: que propició su visita a urgencias.

Progressing since: empeorando desde entonces.

No objective fevers: no fiebre termometrada.

Vitals are within normal range for his age: constantes vitales en rango normal para edad.

Tender to palpation: doloroso a la palpación.

CBC (complete blood count) and blood culture: hemograma y cultivo.

Ultrasound: ecografía.

Intussusception: invaginación.

Until proven otherwise: hasta que se demuestre lo contrario.

Mortality and morbidity: mortalidad y morbilidad.

Removal of the aganglionic bowel: resección del segmento intestinal agangliónico.

Patients had no further risks: el paciente no presenta más riesgos.



PLAY AUDIO

se puede escuchar en
www.pediatriaintegral.es

A Hombros de Gigantes

Las revisiones de pediatría que te pueden interesar publicadas en las revistas internacionales más importantes.



D. Gómez Andrés, M.D.

F.E. Neurología Pediátrica.
Hospital Universitari Vall d'Hebron.
Vall d'Hebron Institut de Recerca. Barcelona

Pediatr Integral 2017; XXI (4): 288–289

Pediatría general y extrahospitalaria

★★★★☆ **Brief Primary Care Obesity Interventions: A Meta-analysis.** *Pediatrics.* 2016; 138(4): e20160149. PMID: 27621413

Meta-análisis desalentador sobre las posibilidades de intervención en obesidad desde Atención Primaria. En la situación epidémica que vivimos, es importante destacar, por un lado, la ausencia de herramientas de intervención con pruebas suficientes desde Atención Primaria y, por otro lado, la importancia de la prevención primaria y de la detección rápida con posibilidades de derivación adecuada hacia los recursos adecuados.

★★★★☆ **Probiotics and the Prevention of Antibiotic-Associated Diarrhea in Infants and Children.** *JAMA.* 2016; 316(14): 1484–5. PMID: 27727371

Interesante artículo sobre la eficacia de los probióticos en el tratamiento de la diarrea provocada por antibióticos. El número necesario a tratar es de 10. La mayoría de los estudios son pequeños y utilizan distintos probióticos.

Dermatología

★★★★☆ **Management of Acne Vulgaris.** 2016; 316(13): 1402–3. PMID: 27701644

Resumen crítico de la guía clínica sobre acné vulgar de la sociedad americana de Dermatología. En esta guía, se recomiendan los retinoides tópicos como primera línea. Como herramientas tópicas, recomiendan al peróxido benzoico y a la combinación de peróxido benzoico con clindamicina o eritromicina tópica (nunca aisladas). Los antibióticos sistémicos pueden ser útiles en cursos cortos y con tratamiento tópico combinado. Los anticonceptivos son útiles en el acné inflamatorio de las adolescentes. La isotretinoína oral se reco-

mienda en el caso de acné nodular grave, acné recalcitrante moderado o acné que produce cicatrices o malestar psicosocial.

Endocrinología

★★★★★ **Thyroid Disorders in Children and Adolescents: A Review.** *JAMA Pediatr.* 2016; 170(10): 1008–19. PMID: 27571216

Magnífica revisión sobre las patologías tiroideas en edad pediátrica. Muy clara y con buenos esquemas; aborda el hipotiroidismo congénito, el hipotiroidismo adquirido, el hipertiroidismo y el nódulo hipertiroideo desde un punto de vista bastante práctico y orientado hacia el pediatra general.

Enfermedades infecciosas

★★★★☆ **The Use of Systemic and Topical Fluoroquinolones.** *Pediatrics.* 2016; 138(5): e20162706. PMID: 27940800

Estudios en animales han sugerido un alto riesgo de toxicidad de las fluorquinolonas en la población pediátrica. Los estudios en humanos parecen sugerir que son eficaces. Este artículo revisa la potencial utilidad de estos fármacos en el manejo de infecciones pediátricas comunes. Sugieren que son buenas alternativas como medicamentos orales en situaciones de resistencia o alergia a fármacos de primera línea (ITU, neumonía o GEA por Shigella o Salmonella), que su uso intravenoso rara vez está recomendado y que tienen una importante utilidad como medicaciones tópicas.

Hematología

★★★★★ **Von Willebrand's Disease.** *N Engl J Med.* 2016; 375(21): 2067–80. PMID: 27959741

Artículo interesante sobre este trastorno frecuente de la coagulación en la población pediátrica.

Neonatología

★★★★★ **Recent advances in the management of infants born.** Arch Dis Child. 2016; 101(11): 1053–6. PMID: 27166220

Muy interesante artículo sobre las mejoras en el cuidado de los pacientes con peso menor al nacimiento de menos de 1.000 g. Para el neonatólogo, puede ser emocionante ver los avances. Para otros pediatras, es interesante, porque ofrece una revisión detallada de los grandes avances del cuidado del prematuro de los últimos años.

Neumología

★★★★★ **Cystic fibrosis.** Lancet. 2016; 388(10059): 2519–31. PMID: 27140670

Artículo académico sobre fibrosis quística. De mucho interés para el lego que quiera profundizar. El artículo también es interesante para pediatras que no tengan especial contacto con estas patologías, pero sí lo tengan con otras enfermedades minoritarias, porque los avances en FQ pueden ser bastante ejemplarizantes del enorme potencial de mejora en la atención que se puede ofrecer en estas enfermedades. Fruto de la intensa investigación, hoy nos enfrentamos a una enfermedad diferente, debido al impacto del cribado, a la creciente información para la medicina personalizada en función de las distintas causas genéticas, a la mejor comprensión de la interacción del microbioma con la enfermedad y al desarrollo de medicamentos innovadores que actúan sobre el problema genético.

Neurología

★★★★★ **Hepatic Encephalopathy.** N Engl J Med. 2016; 375(17): 1660–70. PMID: 27783916

Un problema olvidado en el adulto y más aún en la población pediátrica. Esta revisión proporciona una visión bastante amplia del problema desde la fisiopatología a las novedades diagnósticas y terapéuticas.

★★★★☆ **Integrated care for childhood epilepsy: ongoing challenges and lessons for other long-term conditions.** Arch Dis Child. 2016; 101(11): 1057–62. PMID: 27221818

A pesar de las mejoras diagnósticas y terapéuticas en epilepsia, esta sigue siendo un trastorno estigmatizado socialmente y desconocido por la mayoría de los profesionales sanitarios, a pesar de ser uno de los trastornos crónicos más frecuentes en la edad pediátrica. Aunque no tenemos datos españoles, si somos parejos a otros países europeos, un 40% de los diagnósticos serían erróneos y hasta un 70% de los diagnósticos correctos no recibiría el tratamiento óptimo. También, una minoría de estos niños recibiría la atención que necesita a nivel social y educativo. Mejorar la comunicación con profesionales sanitarios y no sanitarios y facilitar el cuidado integral y personalizado de estos pacientes es necesario; los británicos ya han empezado.

★★★★☆ **Motor Development Interventions for Preterm Infants: A Systematic Review and Meta-analysis.** Pediatrics. 2016; 138(4): e20160147. PMID: 27638931

Las intervenciones motoras tienen un efecto positivo en los prematuros. El tamaño del efecto parece pequeño y existe un gran grado de variabilidad en la intervención y en la calidad de los diferentes estudios.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.



Puesta al día en las aplicaciones de la melatonina+triptófano+vitamina B6 en Pediatría

G. Pin¹, E. Cardo², S. Rey³, P. Smeyers⁴, M. Merino⁵, O. Sans⁶, R. Kireev⁷

¹Jefe del servicio de la Unidad de Pediatría Integral. Unidad de Sueño, Hospital Quirónsalud, Valencia, ²Neuropediatra del Hospital Son Llatzer. Miembro del grupo de investigación Desarrollo y Psicopatología (DEVPSY), Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS), Palma de Mallorca, ³Pediatra de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), Urgencias Pediátricas del Complejo Hospitalario Universitario de Orense (CHUO), ⁴Responsable de Epilepsia del Servicio de Neuropediatría y Unidad Multidisciplinar de Epilepsia del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, ⁵Responsable de la Unidad de Neurofisiología Clínica Infantil, Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁶Unidad de Trastornos del Sueño. Departamento de Neurofisiología. Servicio de Neurología, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, ⁷Investigador sénior del Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS)

Justificación

La aparición en el mercado de diferentes productos asociados a la melatonina obliga a clarificar su farmacología, características e indicaciones en Pediatría. Para tal fin, un grupo de profesionales de diferentes áreas y centros pediátricos ha realizado una revisión de la literatura disponible en el momento actual sobre la seguridad, eficacia e indicaciones de la asociación de melatonina y triptófano, que fue puesta en común en una reunión presencial realizada en Diciembre de 2016 en Madrid (España).

Declaración de conflicto de intereses: la reunión presencial recibió el apoyo logístico de laboratorios Humana España, que financió el desplazamiento de los integrantes del grupo de estudio.

Melatonina. Síntesis, metabolismo, mecanismos moleculares de acción y funciones

La melatonina, n-acetil-5-metoxitriptamina, es una indolamina endógena producida principalmente por la glándula pineal. Se secreta durante la noche como consecuencia de la actividad de un reloj circadiano localizado en el

núcleo supraquiasmático del hipotálamo (NSQ), y su secreción es suprimida por la luz⁽¹⁻⁴⁾. Juega un papel clave en la regulación del ritmo circadiano, además de tener efectos sobre el sistema inmunitario, ser un potente antioxidante, tener propiedades oncostáticas⁽¹⁾ y estar implicada en el desarrollo embrionario temprano⁽²⁾.

Otros órganos donde se sintetiza y que justifican su influencia en diferentes funciones fisiológicas son: la retina, el tracto gastrointestinal, la piel y la médula ósea, habiéndose descrito también su secreción en los linfocitos⁽⁵⁾.

Síntesis y metabolismo de la melatonina

La glándula pineal sintetiza melatonina a partir del L-triptófano de la dieta que, tras su hidroxilación y descarboxilación, se convierte en serotonina. A su vez, la serotonina es transformada en n-acetilserotonina por la n-acetiltransferasa y, posteriormente, por acción de la hidroxindol-O-metiltransferasa, se forma la melatonina⁽¹⁾. Además, se ha demostrado que algunos factores nutricionales, como la disponibilidad de triptófano, folato y vitamina B6, también podrían influir en su producción^(1,6) (Fig. 1).

La melatonina es muy lipofílica, por lo que no se almacena, sino que se libera a la circulación y, por tanto, está

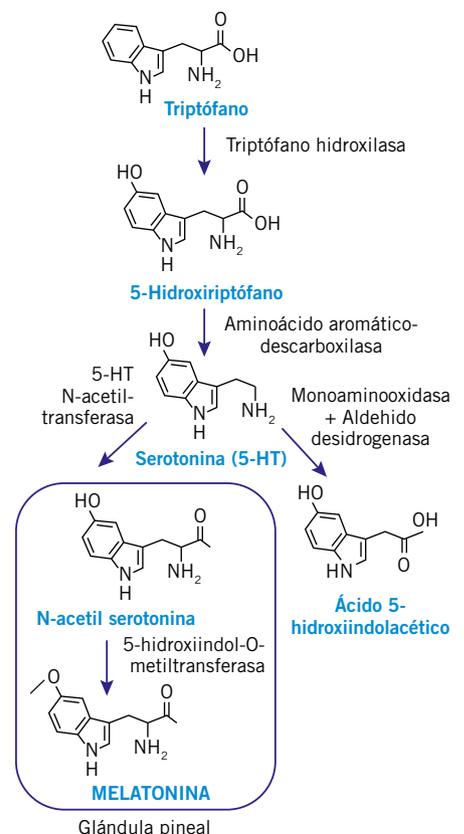


Figura 1. Vía de síntesis de la melatonina.

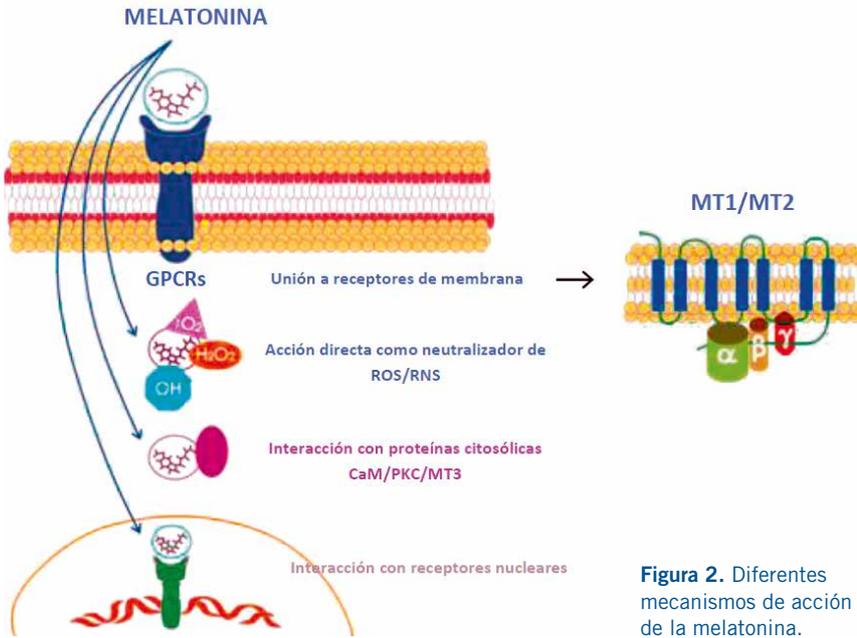


Figura 2. Diferentes mecanismos de acción de la melatonina.

biodisponibilidad es baja, con variaciones en función del sujeto (3-15%), su $t_{1/2}$ presenta valores similares a la observada en niños y adolescentes. Sin embargo, en niños prematuros privados de la exposición circadiana normal intrauterina a la melatonina materna, la $t_{1/2}$ es de aproximadamente 16 h. Dado que ambos perfiles farmacocinéticos difieren, la dosificación de melatonina para estos últimos no puede ser extrapolada a partir de estudios de adultos⁽⁹⁾.

Mecanismos moleculares de acción de la melatonina y funciones

La melatonina puede actuar a través de la interacción con receptores de membrana (MT1 y MT2) y con receptores nucleares (RZR/ROR). Además, ejerce funciones no mediadas por receptor al interactuar directamente con algunas proteínas citosólicas, como son el complejo calcio-modulina y la calreticulina, así como de depuración de radicales libres de oxígeno y nitrógeno (ROS/RNS)⁽¹⁰⁾ (Fig. 2).

A través de esta interacción con diversos receptores y complejos, es capaz de mediar en numerosos procesos a diferentes niveles, que se resumen en la figura 3⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

presente en diversos fluidos, tejidos y compartimentos celulares. Circula en plasma unida en un 80% a la albúmina y el resto en forma libre⁽⁶⁾. La mayor parte (85-90%) se metaboliza en el hígado por acción del citocromo P450 (CYP1A1 y CYP1A2), convirtiéndose en 6-hidroximelatonina, que es conjugada con sulfato para ser excretada en orina como 6-sulfatoximelatonina, forma bajo la que se elimina aproximadamente el 90% de la melatonina administrada⁽¹⁾. Su metabolismo es rápido y su vida media en los seres humanos después de la administración exógena es corta, oscilando entre 10 y 60 minutos⁽⁶⁾.

Seguridad y farmacocinética

En cuanto a su farmacocinética, esta depende del tipo de melatonina y de la dosis⁽¹⁾. Así, en niños y adolescentes una dosis de 2 mg de melatonina de liberación rápida alcanza concentraciones plasmáticas máximas entre 30-60 min tras su ingestión (independientemente de si se ingiere con alimento)^(1,7) y sus valores permanecen elevados hasta 3-4 horas, tras las que retornan a su concentración basal. Sin embargo, la melatonina de liberación lenta, a igual dosis, permanece elevada durante 5-7 horas tras su administración y su cinética, es muy dependiente de la ingesta, aumentando sus valores cuando se ingiere con alimento⁽¹⁾. Sus valores plasmáticos endógenos en sujetos jóvenes durante la noche, se sitúan alrededor de los 100

pg/ml, mientras que los que se alcanzan tras la administración de 2 mg de melatonina de liberación lenta son 5-10 veces los valores fisiológicos (500 pg/ml para edades de 18-45 años). La misma dosis de liberación rápida produce un aumento entre 20-30 veces sobre la concentración endógena, con una concentración máxima de 2.000-3.000 pg/ml^(1,8). A pesar de que en individuos adultos su

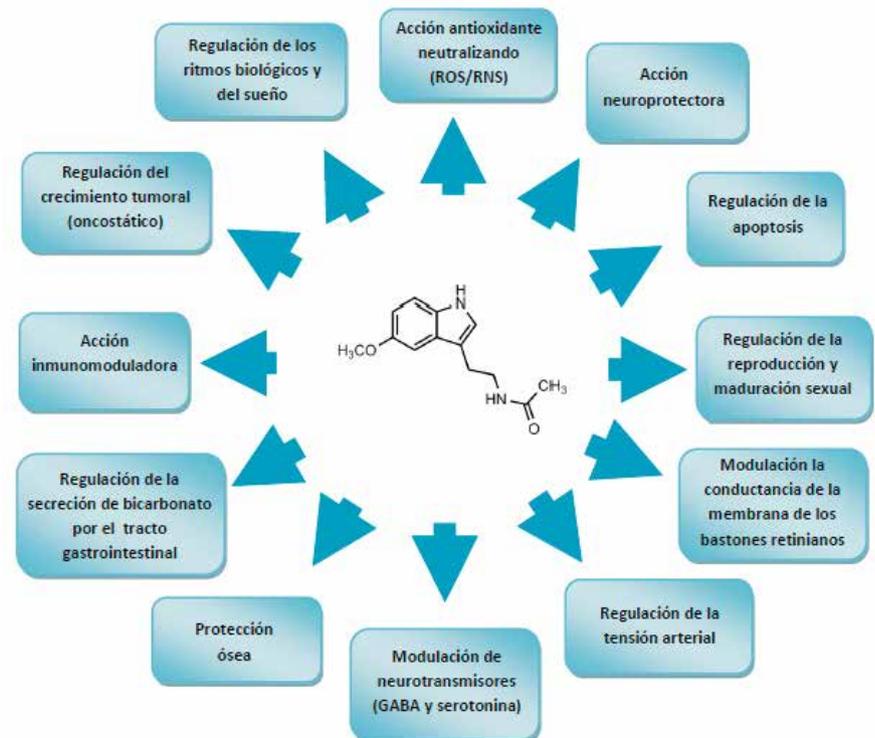


Figura 3. Principales funciones de la melatonina.

Estudios eficacia/seguridad de melatonina

En un estudio de fase I, se evaluó la farmacocinética y seguridad de la melatonina en voluntarios adultos sanos. Se administraron distintas dosis de melatonina: 20, 30, 50 y 100 mg. Se encontraron algunos cambios en las presiones sistólica y diastólica, pero dentro del rango de la normalidad. A nivel bioquímico, se objetivó una pequeña disminución en los niveles de glucosa, pero también dentro de los rangos fisiológicos⁽⁷⁾. Sin embargo, existen escasos estudios que avalen su inocuidad a medio y largo plazo, cuando su administración se alarga en el tiempo⁽¹⁵⁾.

Además de ser una molécula segura, el uso de melatonina ha demostrado eficacia en diversas patologías y pruebas diagnósticas que a continuación se detallan.

Uso en la realización de pruebas diagnósticas en niños

En el caso de población pediátrica, la dificultad para lograr la cooperación de los niños implica la necesidad de utilizar sedación a la hora de realizar pruebas diagnósticas⁽¹⁶⁾, pues se logra un control de su comportamiento que permite llevar a cabo un procedimiento seguro. Generalmente, aquellos niños menores de 6 años o que presenten retraso en su desarrollo requerirán una sedación más profunda para controlar su comportamiento⁽¹⁷⁾.

Entre los fármacos que se emplean con mayor frecuencia con esta finalidad destacan: los opioides, las benzodiazepinas, los barbitúricos, la ketamina, el propofol, el hidrato de cloral, el etomidato o la dexmedetomidina. Sin embargo, es preciso indicar que estos medicamentos se asocian con una serie de efectos adver-

sos: amnesia anterógrada, efecto sedante desproporcionado, efecto paradójico, frecuentes problemas de comportamiento a largo plazo o deterioro frecuente de la función respiratoria, por lo que se requiere la presencia de un anestésista para su administración⁽¹⁶⁾.

Estas evidencias crean la necesidad de buscar alternativas que no tengan un efecto sedante desproporcionadamente largo en relación con la duración del procedimiento diagnóstico y que no tengan el riesgo de producir una depresión respiratoria⁽¹⁸⁾, ventajas que aportaría la melatonina.

Electroencefalograma (EEG)

El EEG es una prueba diagnóstica que no suele ser bien tolerada por los niños, particularmente si estos padecen problemas del desarrollo. Además, estos registros de la actividad cerebral resultan dificultosos cuando el niño está en vigilia activa, sobre todo en el caso de niños de corta edad. Por este motivo, es habitual que se duerma al niño durante la realización de la prueba, para lo cual se lleva a cabo una privación parcial del sueño previa o se administran fármacos inductores del sueño⁽¹⁹⁾.

No obstante, es sabido que la privación del sueño afecta al rendimiento del EEG, incrementando la detección de anomalías epileptiformes. Asimismo, la mayoría de medicamentos utilizados como inductores del sueño afectan a la actividad eléctrica del cerebro, interfiriendo directamente con el EEG⁽²⁰⁾.

La melatonina se postula como una alternativa en la inducción de la sedación, pues carece de las desventajas mencionadas. En el estudio retrospectivo llevado a cabo por Gustaffson y col.,⁽²¹⁾ se comparó, en una serie de niños de edades comprendidas entre 1 y 16 años, la acción de la melatonina

frente al procedimiento habitual de privación parcial del sueño, apreciándose similares efectos en la inducción del sueño, pero con la diferencia de que la melatonina no afectó a la aparición de descargas epileptiformes en el registro del EEG⁽²¹⁾.

En cuanto a la comparativa con los fármacos utilizados habitualmente, los principales ensayos clínicos constataron una mayor eficacia de la melatonina en la inducción del sueño, más acorde a la duración de la prueba y carente de la toxicidad asociada a otros fármacos (Tabla I)^(4,22).

Resonancia magnética nuclear (RMN)

La dificultad para lograr la cooperación de los niños en este tipo de pruebas puede implicar la necesidad de que requieran sedación o anestesia general, a fin de garantizar que permanezcan inmóviles durante la realización de la misma.

Se han publicado dos estudios que sugieren la utilidad de la melatonina (sin combinación con otros fármacos) en la inducción de la sedación en pacientes pediátricos sometidos a esta prueba (Tabla II)^(23,24). La principal limitación de estos estudios es la ausencia de aleatorización, por lo que aquellos pacientes que se sedaron con facilidad pudieran haber sido seleccionados involuntariamente⁽²⁵⁾.

Potenciales evocados auditivos

Las pruebas que se realizan en niños para evaluar la respuesta auditiva del tronco encefálico requieren que el paciente esté dormido para obtener resultados válidos. En algunos casos en los que el niño no coopera, la prueba se lleva a cabo bajo anestesia general⁽²⁶⁾. Las propiedades sedantes/anestésicas de la melatonina parecen ser de uti-

Tabla I. Ensayos clínicos realizados para contrastar la eficacia de melatonina en comparación con las principales alternativas como sedante en niños sometidos a EEG

Estudio	Fármacos	Dosis	Conclusiones
Fallah y col. ⁽²²⁾	Melatonina vs. midazolam	0,3 mg/kg (oral) vs. 0,75 mg/kg (oral)	Mayor eficacia de la melatonina en la sedación para el registro del EEG, así como una menor incidencia de efectos adversos
Ashrafi y col. ⁽⁴⁾	Melatonina vs. hidrato de cloral 5%	2-6 mg/kg (oral) vs. 1 ml/kg (oral)	La melatonina demostró conseguir una duración del sueño más acorde al tiempo de la prueba, con un despertar más espontáneo y carente de toxicidad asociada

Tabla II. Estudios realizados sobre niños sometidos a RMN para determinar la eficacia de la melatonina

Estudio	Fármacos	Dosis	Conclusiones
Wassmer y col. ⁽²³⁾	Melatonina	0,25-0,5 mg/kg (oral)	De los 25 niños sometidos a la prueba, 16 la completaron exitosamente, sin incidencias durante el proceso
Johnson y col. ⁽²⁴⁾	Melatonina	10 mg (oral)	22 niños de los 40 incluidos en el estudio completaron la prueba diagnóstica satisfactoriamente tras la sedación con melatonina. Además, la tasa de éxito se incrementó en aquellos niños sometidos adicionalmente a una privación del sueño

lidad como alternativa inductora del sueño en estos niños, pues administrada oralmente en dosis que oscilan entre 5-20 mg, en función de la edad del paciente, se obtienen buenos resultados, principalmente cuando los niños son menores de 3 años⁽²⁷⁾.

Sedación para procedimientos dolorosos y cirugías

El midazolam es uno de los fármacos más empleados como premedicación en anestesia general, si bien, presenta una serie de efectos adversos, como son: la sedación excesiva, amnesia, desorientación, deterioro del rendimiento psicomotor, biodisponibilidad y semivida variable o posible interacción con opiáceos, lo que crea la necesidad de buscar alternativas. Los efectos sedantes e hipnóticos de la melatonina sugieren su potencial utilidad como alternativa en premedicación. No obstante, los datos recogidos en los distintos estudios realizados resultan contradictorios, no quedando claramente determinada la efectividad de este fármaco⁽²⁵⁾ (Tabla III).

También se ha considerado la posibilidad de emplear la melatonina como adyuvante de la anestesia general, pues sus propiedades resultan insuficientes para considerar su empleo como anestésico general⁽²⁵⁾.

Dermatitis atópica

Los trastornos del sueño son frecuentes en niños que padecen dermatitis atópica. Aunque la fisiopatología de las alteraciones en el sueño no es del todo comprendida, se cree que la melatonina, según los datos de los últimos estudios realizados, puede jugar un papel importante como tratamiento de las mismas. La evidencia está sustentada en los efectos sedantes de la melatonina, que influyen en la regulación del sueño y el ritmo circadiano. Además, su acción inmunomoduladora, antiinflamatoria y antioxidante puede mejorar la inflamación de la piel y ayudar a mantener funcional la barrera epidérmica en estos pacientes⁽³¹⁾.

No obstante, los estudios realizados hasta la fecha son limitados y quedan muchas cuestiones pendientes: no se conoce la concentración eficaz óptima de melatonina en las poblaciones celulares cutáneas, tampoco se conoce la regulación de los receptores cutáneos de melatonina, así como los diferentes genes diana de su acción, ni el papel de los receptores MT3 en la biología cutánea. Tampoco se conoce con seguridad, si la síntesis cutánea de melatonina sigue o no el ritmo circadiano pineal, ni la seguridad de la terapia con melatonina en pacientes con una enfermedad que

dura años y es más prevalente en etapas iniciales de la vida⁽³²⁾.

Casos de uso/experiencia de uso en medio hospitalario

Los resultados obtenidos en los diferentes estudios realizados con melatonina para las aplicaciones descritas sustentan la posibilidad de incorporar el tratamiento para su uso hospitalario. De esta manera, en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, se ha instaurado en su protocolo el empleo de melatonina en niños sometidos a EEG, resonancia/TAC, potenciales evocados, como sedante para procedimientos invasivos y en el despertar posquirúrgico.

Asimismo, se empieza a valorar la posibilidad de incluir formulaciones que incluyan melatonina junto con triptófano y vitamina B6 para potenciar su acción farmacológica. Actualmente, en el Hospital de La Fe de Valencia, se está llevando a cabo un estudio en el que se evalúa la utilidad de la melatonina frente a la combinación con triptófano y vitamina B6 en niños sometidos a EEG; los resultados preliminares parecen indicar que la combinación resulta positiva para la opinión de los padres y profesionales implicados, logrando la optimización del tiempo de exploración y el confort del paciente.

Tabla III. Estudios realizados para evaluar la acción sedante de la melatonina como premedicación en anestesia general sobre niños

Estudio	Fármacos	Dosis	Conclusiones
Samarkandi y col. ⁽²⁸⁾	Midazolam vs. melatonina	0,1; 0,25 o 0,5 mg/kg (oral) vs. 0,1; 0,25 o 0,5 mg/kg (oral)	La melatonina demostró una eficacia similar a midazolam en el alivio de la ansiedad, con una menor incidencia de excitación y trastornos del sueño postoperatorios
Kain y col. ⁽²⁹⁾	Midazolam vs. melatonina	0,5 mg/kg (oral) vs. 0,05; 0,2 o 0,4 mg/kg (oral)	Midazolam demostró ser más efectivo en la inducción de la anestesia; aunque los pacientes que recibieron melatonina desarrollaron menor delirio de emergencia
Isik y col. ⁽³⁰⁾	Midazolam vs. melatonina	15 mg (oral) vs. 3 mg, 0,50 o 0,75 mg/kg (oral)	La melatonina no pareció mostrar un efecto superior al midazolam como sedante

Otras aplicaciones en alteraciones del sueño asociadas a trastornos del neurodesarrollo

Los trastornos del neurodesarrollo (TND) comprenden un amplio espectro de procesos patológicos que se inician en etapas tempranas de la vida y que afectan negativamente al funcionamiento personal, social, académico y ocupacional del afectado^(33,34). Las manifestaciones son variables para cada individuo, pudiendo incluir desde síntomas relacionados con un exceso de actividad⁽³⁴⁾ hasta déficits o retrasos en diferentes etapas del desarrollo⁽³⁵⁾.

A su vez, el sueño ejerce un papel fundamental en el desarrollo infantil, la conducta, el aprendizaje y el crecimiento. Aproximadamente, un 30% de los niños presentan en algún momento un trastorno del sueño (TS), cifra que se eleva drásticamente al 80% en aquellos con TND⁽³⁶⁾. En el caso de estos últimos, los TS suelen ser más severos, con tendencia a cronificarse y agravar los síntomas relacionados con el TND⁽³⁷⁾, por lo que resulta vital establecer un abordaje adecuado.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

La prevalencia de los TS en TDAH oscila entre el 25-50%, siendo 5 veces más frecuentes que en niños sanos⁽³⁸⁾, lo que hace pensar en una relación recíproca entre ambos. En lo relativo al descanso, estos pacientes se caracterizan por un cuadro de resistencia a irse a dormir con dificultad para conciliar y mantener el sueño (más de dos despertares nocturnos), trastornos respiratorios como ronquidos (más de la mitad de la noche) y apneas, dificultades en el despertar matutino y excesiva somnolencia diurna⁽³⁹⁾.

Se recomienda una revisión del tratamiento pautado para el TDAH, valorando la posibilidad de retirarlo o sustituirlo por un agente no estimulante, así como el uso de melatonina⁽⁴⁰⁾, que ha mostrado inducir una mejora del sueño significativa que prácticamente se triplica si se combina con una adecuada higiene del sueño⁽⁴¹⁾ e influir de modo positivo sobre otros síntomas del TDAH.

Trastornos del espectro autista (TEA)

En el caso de los TEA, la prevalencia de TS varía entre el 50-80%⁽⁴²⁾, aunque el profesional sanitario apenas indaga en un 8% de los casos. Estos pacientes presentan alteraciones enzimáticas que conducen a un déficit de melatonina, que parece ser uno de los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de TEA. Esto supone un menor tiempo de sueño total, mayores dificultades en el inicio del sueño y más despertares y de forma más precoz⁽⁴³⁾.

Las recomendaciones generales comprenden el uso de terapia no farmacológica, consistente en una adecuada higiene del sueño mediante la elaboración de una agenda, así como terapia conductual personalizada, combinada con la administración de melatonina⁽⁴⁴⁾. El efecto terapéutico de esta reside en su efecto antioxidante, antiinflamatorio, modulador del sistema inmune y estimulante del sistema GABAérgico, mejorando el desequilibrio entre el sistema nervioso excitador y el sistema nervioso inhibitorio característico en estos pacientes⁽⁴⁵⁾.

Epilepsia

Al igual que en otros TND, existe un vínculo entre la epilepsia y los TS; de modo que el sueño modula la génesis de crisis epilépticas al mismo tiempo que el tratamiento para estas influye en la organización de los ciclos de sueño y vigilia, contribuyendo a mejorar los TS. En lo relativo al descanso, estos pacientes presentan una mala calidad del sueño, debido a que duermen de forma fragmentada con numerosos despertares nocturnos, cuya frecuencia y duración aumenta en pacientes no tratados⁽⁴⁶⁾.

Existen indicios de que la melatonina, además de sus propiedades neuroprotectoras y antioxidantes, ejerce un efecto hipnótico y anticonvulsivo en pacientes con epilepsia, por lo que existe un incipiente uso combinado con otros fármacos antiepilépticos (FAES), como carbamazepina o gabapentina, que podría ayudar a reducir la dosis de estos y, por tanto, sus efectos adversos asociados⁽²⁵⁾.

Otros síndromes

Existen además otros TND de origen genético, en los cuales diversos

Tabla IV. Principales alteraciones del sueño en diversos trastornos del neurodesarrollo (TND) de origen genético y prevalencia asociada a cada uno de ellos

TND	Principales alteraciones del sueño	Prevalencia
Síndrome de Down	- Insomnio de mantenimiento - Despertar temprano - Hipersomnolencia - SAOS	50-80%
Síndrome de Angelman	- Insomnio de inicio y de mantenimiento - Ciclos sueño-vigilia irregulares - Parasomnias	Variable según síntomas*
Síndrome de Prader Willi	- Hipersomnolencia diurna - Narcolepsia - SAOS	90%
Síndrome X-frágil	- Insomnio de inicio y de mantenimiento - Apneas - SPI	27%
Síndrome de Smith-Magenis	- Hipersomnolencia diurna - Sueño nocturno reducido y fragmentado	Variable según síntomas**

SAOS: *síndrome de apnea obstructiva del sueño*; SPI: *síndrome de piernas inquietas*.

*Un 37% experimentan despertares nocturnos y un 10% despertares tempranos⁽⁴⁷⁾.

**Un 43-50% experimentan alteraciones del sueño REM y un 96% inversión del patrón de secreción de melatonina.

Tabla V. Principales tratamientos farmacológicos empleados en pacientes pediátricos con TND de origen genético para el tratamiento de los TS

Fármaco	Dosis	Indicaciones de uso
Difenhidramina	0,5 mg/kg	Insomnio primario con retraso en el inicio del sueño y/o frecuencia despertares nocturnos frecuentes
Hidroxicina	1 mg/kg	Insomnio primario con retraso en el inicio del sueño y/o frecuencia despertares nocturnos frecuentes
Niapracina	1 mg/kg	Insomnio primario con retraso en el inicio del sueño y/o frecuencia despertares nocturnos frecuentes
Melatonina	0,5 - 6 mg	Alteración de los ritmos circadianos
Zolpidem	5 - 10 mg	Insomnio primario con retraso en el inicio del sueño
Trazodona	50 - 150 mg	Insomnio primario; despertares nocturnos frecuentes
Clonidina	0,05 - 0,1 mg	TDAH, trastornos disruptivos del comportamiento
Gabapentina	300 - 900 mg	SPI, epilepsia, insomnio de inicio de sueño resistente
Clonazepam	0,25 - 0,5 mg	Epilepsia, SPI, insomnio de inicio de sueño resistente, bruxismo, TRMS

TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; SPI: síndrome de piernas inquietas; TRMS: trastornos rítmicos del movimiento durante el sueño.

estudios han mostrado una elevada prevalencia de TS (Tabla IV)⁽³⁷⁾.

Los abordajes terapéuticos de primera elección en este tipo de pacientes comprenden la terapia conductual asociada a una adecuada higiene del sueño, en la que han de involucrarse activamente los progenitores. Si esta estrategia fracasa, se instaura un tratamiento farmacológico específico, a pesar de que, por el momento, se carece de estudios de eficacia y seguridad de hipnóticos adecuadamente diseñados en población pediátrica (Tabla V)⁽³⁷⁾.

En este contexto, la melatonina recientemente ha mostrado inducir una reducción significativa de la latencia del sueño (de 102 a 55 minutos en 12 semanas) y un aumento en el tiempo total de sueño (40 minutos), con unos efectos adversos que no revisten de gravedad, por lo que se está incrementando su uso en la práctica clínica habitual⁽³⁷⁾. No obstante, se carece de datos acerca de su empleo a largo plazo, lo que sugiere continuar investigando en este sentido.

Otros usos de la melatonina en la práctica clínica en Pediatría

Sepsis neonatal

La sepsis neonatal se presenta acompañada de inflamación, estrés oxidativo y daño cerebral. Gracias a sus efectos antiinflamatorios y neuroprotectores, la administración de melatonina como terapia adyuvante se postula como una opción terapéutica prometedora. A una dosis de 20 mg por vía oral, como dosis única, más antibioterapia estándar basada en ampicilina más gentamicina, ha evidenciado mejorar los resultados clínicos y de laboratorio, normalizar los niveles de proteína C reactiva y la relación de neutrófilos inmaduros/total y, en general, disminuir el grado de sepsis⁽⁴⁸⁾.

Cefalea

El sueño y la percepción del dolor de cabeza comparten la participación de diversas estructuras cerebrales. De

este modo, existen evidencias clínicas que indican que los TS pueden preceder a la aparición de ciertos tipos de cefalea y que esta, especialmente cuando es frecuente, puede, a su vez, afectar la calidad del sueño. Asimismo, se ha documentado que los niveles plasmáticos de melatonina están disminuidos en pacientes con migraña y presentan un patrón circadiano anormal en otros tipos de cefaleas⁽⁴⁹⁾.

La administración de melatonina, gracias presumiblemente a sus propiedades antiinflamatorias, parece ejercer un efecto beneficioso sobre la fisiopatología de la cefalea.

Bibliografía

1. Pin Arboledas G, Merino Andreu M, de la Calle Cabrera T, Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Hernández PJ, Soto Insuga V, et al. Consensus document on the clinical use of melatonin in children and adolescents with sleep-onset insomnia. *An Pediatr.* 2014; 81: 24.
2. Bruni O, Alonso-Alconada D, Besag F, Biran V, Braam W, Cortese S, et al. Current role of melatonin in pediatric neurology: clinical recommendations. *Eur J Paediatr Neurol.* 2015; 19: 122-33.
3. Tordjman S, Najjar I, Bellissant E, Anderson GM, Barburroth M, Cohen D, et al. Advances in the research of melatonin in autism spectrum disorders: literature review and new perspectives. *Int J Mol Sci.* 2013; 14: 20508-42.
4. Ashrafi MR, Mohammadi M, Tafarroji J, Shabanian R, Salamati P, Zamani GR. Melatonin versus chloral hydrate for recording sleep EEG. *Eur J Paediatr Neurol.* 2010; 14: 235-8.
5. Pandi-Perumal SR, Srinivasan V, Maestroni GJ, Cardinali DP, Poeggeler B, Hardeland R. Melatonin: Nature's most versatile biological signal? *Febs J.* 2006; 273: 2813-38.
6. Zawilska JB, Skene DJ, Arendt J. Physiology and pharmacology of melatonin in relation to biological rhythms. *Pharmacol Rep.* 2009; 61: 383-410.
7. Galley HF, Lowes DA, Allen L, Cameron G, Aucott LS, Webster NR. Melatonin as a potential therapy for sepsis: a phase I dose escalation study and an ex vivo whole blood model under conditions of sepsis. *J Pineal Res.* 2014; 56: 427-38.
8. Breslow ER, Phillips AJ, Huang JM, St Hilaire MA, Klerman EB. A mathematical model of the circadian phase-shifting effects of exogenous melatonin. *J Biol Rhythms.* 2013; 28: 79-89.
9. Merchant NM, Azzopardi DV, Hawwa AF, McElroy JC, Middleton B, Arendt J, et al. Pharmacokinetics of melatonin

- in preterm infants. *Br J Clin Pharmacol*. 2013; 76: 725-33.
10. Emet M, Ozcan H, Ozel L, Yayla M, Halici Z, Hacimuftuoglu A. A Review of Melatonin, Its Receptors and Drugs. *Eurasian J Med*. 2016; 48: 135-41.
 11. Buscemi N, Vandermeer B, Pandya R, Hooton N, Tjosvold L, Hartling L, et al. Melatonin for treatment of sleep disorders. *Evid Rep Technol Assess*. 2004; 108: 1-7.
 12. Cosci B, Longoni B, Marchiafava PL. Melatonin induces membrane conductance changes in isolated retinal rod receptor cells. *Life Sci*. 1997; 60: 1885-9.
 13. Louzada PR, Paula Lima AC, Mendonca-Silva DL, Noel F, De Mello FG, Ferreira ST. Taurine prevents the neurotoxicity of beta-amyloid and glutamate receptor agonists: activation of GABA receptors and possible implications for Alzheimer's disease and other neurological disorders. *Faseb J*. 2004; 18: 511-8.
 14. Reiter RJ. The pineal and its hormones in the control of reproduction in mammals. *Endocr Rev*. 1980; 1: 109-31.
 15. Pin Arboledas G, Soto Insgua V, Jurado Luque MJ, Fernández Gomariz C, Hidalgo Vicario I, Lluch Rosello A, et al. (Insomnia in children and adolescents. A consensus document). *An Pediatr*. 2016; 27: 30209-0.
 16. Mahajan C, Dash HH. Procedural sedation and analgesia in pediatric patients: *J Pediatr Neurosci*. 2014; 9: 1-6.
 17. Coté CJ, Wilson S. Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients During and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures: An Update. *Pediatrics*. 2006; 118: 2587-602.
 18. Sánchez-Barceló EJ, Mediavilla MD, Reiter RJ. Clinical Uses of Melatonin in Pediatrics: *Int J Pediatr*. 2011; 2011: 892624. Epub 2011 Jun 16 doi:10.1155/2011/892624.
 19. Wassmer E, Quinn E, Seri S, Whitehouse W. The acceptability of sleep-deprived electroencephalograms. *Seizure*. 1999; 8: 434-5.
 20. Wassmer E, Carter PF, Quinn E, McLean N, Welsh G, Seri S, et al. Melatonin is useful for recording sleep EEGs: a prospective audit of outcome. *Dev Med Child Neurol*. 2001; 43: 735-8.
 21. Gustafsson G, Brostrom A, Ulander M, Vrethem M, Svanborg E. Occurrence of epileptiform discharges and sleep during EEG recordings in children after melatonin intake versus sleep-deprivation. *Clin Neurophysiol*. 2015; 126: 1493-7.
 22. Fallah R, Yadegari Y, Behdad S, Akhavan Karbasi S. Melatonin and intravenous midazolam administered orally in drug induced sleep electroencephalography of children: randomized clinical trial of efficacy. *Arch Iran Med*. 2014; 17: 741-5.
 23. Wassmer E, Fogarty M, Page A, Johnson K, Quinn E, Seri S, et al. Melatonin as a sedation substitute for diagnostic procedures: MRI and EEG. *Dev Med Child Neurol*. 2001; 43: 136-40.
 24. Johnson K, Page A, Williams H, Wassemer E, Whitehouse W. The use of melatonin as an alternative to sedation in uncooperative children undergoing an MRI examination. *Clin Radiol*. 2002; 57: 502-6.
 25. Marseglia L, D'Angelo G, Manti S, Aversa S, Arrigo T, Reiter RJ, et al. Analgesic, anxiolytic and anaesthetic effects of melatonin: new potential uses in pediatrics. *Int J Mol Sci*. 2015; 16: 1209-20.
 26. Busk Linnebjerg L, Wetke R. Melatonin in children undergoing auditory brainstem response and auditory steady state response tests. *Hearing, Balance and Communication*. 2013; 11: 208-13.
 27. Schmidt CM, Knief A, Deuster D, Matulat P, am Zehnhoff-Dinnesen AG. Melatonin is a useful alternative to sedation in children undergoing brainstem audiometry with an age dependent success rate--a field report of 250 investigations. *Neuropediatrics*. 2007; 38: 2-4.
 28. Samarkandi A, Naguib M, Riad W, Thalaj A, Alotibi W, Aldammas F, et al. Melatonin vs. midazolam premedication in children: a double-blind, placebo-controlled study. *European Journal of Anaesthesiology*. 2005; 22: 189-96.
 29. Kain ZN, MacLaren JE, Herrmann L, Mayes L, Rosenbaum A, Hata J, et al. Preoperative melatonin and its effects on induction and emergence in children undergoing anesthesia and surgery. *Anesthesiology*. 2009; 111: 44-9.
 30. Isik B, Baygin Ö, Bodur H. Premedication with melatonin vs. midazolam in anxious children. *Pediatric Anesthesia*. 2008; 18: 635-41.
 31. Chang YS, Chiang BL. Mechanism of Sleep Disturbance in Children with Atopic Dermatitis and the Role of the Circadian Rhythm and Melatonin: *Int J Mol Sci*. 2016; 17: 462. doi:10.3390/ijms17040462.
 32. Pin Arboledas G. Melatonina en la dermatitis atópica: ¿sí o no? *Evid Pediatr*. 2016; 12(19).
 33. Martínez-Morga M, Martínez S. (Brain development and plasticity). *Rev Neurol*. 2016; 62 Suppl 1: S3-8.
 34. Quintero J, Martín M, Alcindor P, Pérez-Templado J. (Prevention in attention deficit hyperactivity disorder). *Rev Neurol*. 2016; 62 Suppl 1: S93-7.
 35. Micheletti S, Palestra F, Martelli P, Accorsi P, Galli J, Giordano L, et al. Neurodevelopmental profile in Angelman syndrome: more than low intelligence quotient. *Ital J Pediatr*. 2016; 42: 91.
 36. Didden R, Korzilius H, van Aperlo B, van Overloop C, de Vries M. Sleep problems and daytime problem behaviours in children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2002; 46: 537-47.
 37. Angriman M, Caravale B, Novelli L, Ferri R, Bruni O. Sleep in children with neurodevelopmental disabilities. *Neuropediatrics*. 2015; 46: 199-210.
 38. Cortese S, Faraone SV, Konofal E, Lecendreux M. Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48: 894-908.
 39. Pin Arboledas G, Merino Andreu M, M.L. MM. Relación entre las alteraciones del sueño y el TDAH. *Pediatr Integral*. 2014; XVIII(9): 668-77.
 40. Cortese S, Holtmann M, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, et al. Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013; 54: 227-46.
 41. Weiss MD, Wasdell MB, Bomben MM, Rea KJ, Freeman RD. Sleep hygiene and melatonin treatment for children and adolescents with ADHD and initial insomnia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45: 512-9.
 42. Veatch OJ, Maxwell-Horn AC, Malow BA. Sleep in Autism Spectrum Disorders. *Curr Sleep Med Rep*. 2015; 1: 131-40.
 43. Sivertsen B, Possnerud MB, Gillberg C, Lundervold AJ, Hysing M. Sleep problems in children with autism spectrum problems: a longitudinal population-based study. *Autism*. 2012; 16: 139-50.
 44. Spruyt K, Curfs LM. Non-pharmacological management of problematic sleeping in children with developmental disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2015; 57: 120-36.
 45. Rossignol DA, Frye RE. Melatonin in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol*. 2011; 53: 783-92.
 46. Malow BA. The interaction between sleep and epilepsy. *Epilepsia*. 2007; 48 Suppl 9: 36-8.
 47. Didden R, Korzilius H, Smits MG, Curfs LM. Sleep problems in individuals with Angelman syndrome. *Am J Ment Retard*. 2004; 109: 275-84.
 48. El Fragy M, El-Sharkawy HM, Attia GF. Use of melatonin as an adjuvant therapy in neonatal sepsis. *J Neonatal Perinatal Med*. 2015; 8: 227-32.
 49. Lovati C, D'Amico D, Raimondi E, Mariani C, Bertora P. Sleep and headache: a bidirectional relationship. *Expert Rev Neurother*. 2010; 10: 105-17.

Representación del niño en la pintura española



J. Fleta Zaragoza

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad de Zaragoza

Alberto Duce: dibujante y maestro de la figura femenina

Pediatr Integral 2017; XXI (4): 291.e1–291.e4

La obra de Duce nos refleja un mundo en donde las figuras intemporales cobran vida en ambientes sosegados y serenos, casi siempre lejanos de la realidad cotidiana. Es probable que, a través de sus obras, pinturas, grabados y dibujos, aprendamos a disfrutar de la jugosidad de un empaste, del cartesianismo de una composición, del lirismo de una línea y de la sensualidad que, en general, desprenden sus creaciones. Aunque testigo de diversas tendencias, estamos ante un pintor eminentemente figurativo cuyo dominio del grafismo es absolutamente abrumador.

Su vida y su obra

Alberto Duce Baquero nace en Zaragoza en 1915. Inicia su formación artística en la Escuela de Artes y Oficios de la ciudad, copia a los grandes maestros de la pintura en el Museo de Bellas Artes y asiste a las sesiones de dibujo del natural del Estudio Goya. Muy pronto empieza a realizar carteles publicitarios para los Cines Parra, ilustraciones para la prensa y dibujo publicitario, actividades que continuará durante toda la década de los treinta y primeros años de los cuarenta.

En 1942 se traslada a Madrid, para ampliar su formación en el estudio de Eduardo Chicharro, mientras sigue copiando a los grandes de la pintura en el Museo del Prado y asiste a las clases de dibujo del natural del Círculo de Bellas Artes. Por estas fechas, ya había iniciado la decoración de las estancias del Balneario de Panticosa, que no concluirá hasta 1947. Durante estos años en Madrid, mantiene una intensa actividad artística, realiza decorados escenográficos, retratos, murales y exposiciones.

De regreso a Zaragoza, se implica activamente en la vida cultural de la ciudad, siendo uno de los nueve pintores que participa en la primera exposición del Grupo Pórtico, vanguardia artística del momento. Una pensión del Gobierno Francés le permite asistir a las clases de dibujo de La Grande Chaumière y a las de Litografía de L'Ecole des Beaux Arts de París hasta que, en 1949, obtiene la pensión Conde de Cartagena para ampliar sus estudios en Estados Unidos y se traslada a este país, tras renunciar a una plaza de becario

de la Academia Española en Roma. En Estados Unidos, se instala en Washington donde permanecerá doce años hasta su regreso a España en la navidad de 1961. Durante este tiempo fue asesor técnico de la Agregaduría Cultural de la Embajada Española, centrandó su producción artística en la ejecución de retratos.

Tras una breve estancia en París, con una beca de la Fundación March, para aprender en el estudio de Hayteer las técnicas del grabado, monta un taller de estampación en el Círculo de Bellas Artes en Madrid, donde imparte clases sobre esta técnica. De esta época son la mayoría de las planchas realizadas para las ilustraciones de los Poemas de Safo y la Soledad I de Góngora, los retratos del Rey y del Príncipe, y de numerosos líderes políticos de la UCD por encargo de Rodríguez Sahagún. A finales de 1983, se instala definitivamente en Zaragoza.

En julio de ese mismo año, la Asociación Amigos de Serrablo realiza una exposición de sus óleos, dibujos y grabados en la Sala Municipal de Arte de Sabiñánigo, estrechándose una relación que se mantendrá a lo largo de varios años. En 1994, la Diputación de Zaragoza organizó la exposición Antológica con motivo de su nombramiento como Académico de Honor de la Real Academia de Nobles y Bellas Artes de San Luís. Falleció en 2003.

Duce cultivó diversas tendencias desde el inicio de su obra hasta el final. Su obra se caracteriza por la figuración ordenada, a pesar de haber sido un gran conocedor de todas las grandes innovaciones que trajeron las Vanguardias del siglo XX. No le fue extraño el Art Decó, el abstracto, el postcubismo y el neorrealismo, aunque la figura humana fue el eje central de su producción artística. Destacó la figura de la mujer con una alta expresión de la sensualidad, especialmente en los dibujos de desnudos.

Muchas de sus figuras las delimita con un estilete o con el canto de una espátula, mediante una línea incisa, y así hace surgir de la pasta los contornos de las figuras y de los objetos de la composición. Para el pintor, el color es algo mental (a diferencia de lo que ocurre generalmente en la mayoría de los pintores), mientras que la línea es la que fluye de su sen-



Figura 1. Retrato de niña.

timiento. Sus trabajos están presentes en numerosos museos y colecciones privadas de España y otros países.

Los niños en su obra

El niño ocupa un lugar importante en la obra de Duce. Inicialmente, los representa al modo más clásico de los maestros

que le anteceden y, posteriormente, los dibuja y los enmarca con una línea incisiva que los delimita con el ambiente que les rodea. Son retratos de ambos sexos y de distintas edades, de familiares y conocidos y luego, anónimos y enmarcados en distintos ambientes, como en prados, bosques, interiores o sin fondos.

Destaca *Retrato de niña*, de 1944. Representa a una chica de unos diez años, sentada, con un vestido negro de manga corta y mirando al frente. Pelo corto y rubio. Su figura es muy proporcionada, rasgos faciales y manos muy bien representadas. El fondo puede corresponder a una pared desconchada. La mirada de la niña transmite serenidad. Es un óleo sobre lienzo de 82 por 65 cm. Perteneció a la colección de A. Duce (Fig. 1).

La *Familia circense*, de 1966, nos recuerda alguna composición de la fase rosa de Picasso. La figura central del cuadro es la de un niño que está de pie, de unos 6 años, con un arlequín de color rojo que destaca entre los otros colores de la vestimenta de sus padres. Lleva un violín en sus manos y mantiene su mirada, ligeramente sonriente, hacia el espectador. Sus padres visten con colores claros en sus ropas de trabajo, adoptando miradas serias y dirigidas hacia la izquierda. Posiblemente, muestran su preocupación ante la próxima actuación del niño. El fondo se completa con unos cortinajes y en el suelo hay algunos instrumentos musicales. El cuadro es un modelo de simetría. Se trata de un óleo sobre lienzo de 162 por 130 cm y pertenece a la colección de A. Duce (Fig. 2).

En 1966 pinta *Alberto*. Se trata de su propio hijo a los siete años de edad. Tiene los mismos rasgos del niño representado en la obra anterior e incluso tiene el mismo violín y adopta la misma pose. Destaca la armonía anatómica de la figura. Los colores predominantes son: el marrón, de



Figura 2. Familia circense.



Figura 3. Alberto.



Figura 4. Maternidad.



Figura 5. Maternidad.

distintas tonalidades, y el nacarado del fondo del cuadro. Es un óleo sobre lienzo de 146 por 97 cm y pertenece a la colección de A. Duce (Fig. 3).

Maternidad, es uno de los múltiples cuadros que Duce representó con el mismo tema. En este caso, se trata de una madre, sentada y ofreciendo el pecho a su hijo que está en su regazo. La madre mantiene los dos pechos descubiertos y tiene sus hombros cubiertos con una camisa de color verde. Pelo moreno el de ambas figuras. La madre lleva una diadema y un lazo en el pelo. Los rasgos de ambas figuras mantienen una fina armonía y se miran amorosamente (Fig. 4).

Otra *Maternidad* representa a una madre sentada dando el pecho a su hijo de muy corta edad. La madre lleva el pelo largo y rubio, recogido sobre su hombro, lo que permite observar los dulces rasgos de su cara. Los dedos entrecruzados de sus manos mantienen al niño en su regazo. Lleva un vestido de color rojo, con pliegues muy marcados. El niño, de menos de dos meses de edad, lleva una prenda en azul y mama de la fuente de vida de su madre apaciblemente. El fondo del cuadro es gris azulado. Los trazos están dibujados por una línea incisa que los delimita y confiere al cuadro una originalidad no vista hasta entonces en este artista. Es un óleo sobre lienzo de 35 por 24 cm y pertenece a una colección particular (Fleta-Asín) (Fig. 5).

Este dibujo *Juego*, de 1987, representa a dos chicas jóvenes jugando con una niña de unos dos años a la que lanzan al aire. Se trata de un paisaje idílico en un ambiente exótico y unas vestimentas de estilo clásico que tanto gusta el artista



Figura 6. Juego.



Figura 7. Bienvenido.

de mostrar en sus cuadros. En esta clase de obras es cuando Duce muestra su dominio y maestría en el dibujo y en la anatomía de sus personajes. Es una obra de tinta sobre papel, de 65 por 50 cm (Fig. 6).

El dibujo *Bienvenido*, de la misma fecha, representa a un joven padre que llega a su casa y saluda muy efusivamente a su hija de corta edad, levantándola por encima de sus hombros. En el portal de la casa, le espera sonriente su esposa. Posiblemente, la llegada es por navidad, detalle que se adivina por la presencia de un pino, del que cuelgan algunos adornos. Tanto el padre como la madre van ataviados con trajes típicos del alto Aragón, concretamente del Valle de Ansó: el padre con su sombrero característico y la madre con un vestido de amplios pliegues lleno de adornos en su parte superior. Incluso en el frontispicio de la casa se aprecia un escudo típico de esta zona de Aragón. El dibujo, de trazos precisos, está realizado en tonos y sombras de color marrón. En el borde inferior del dibujo se puede leer,

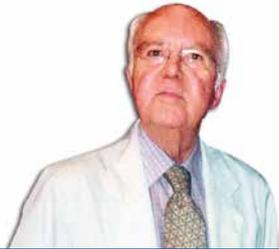
escrito a lapicero, Alberto Duce y las letras P.A. (pruebas de autor). Se trata de un dibujo de 26 por 21 cm y pertenece a una colección particular (Fleta-Asín) (Fig. 7).

Bibliografía

- Clavería J. Alberto Duce. Exposición antológica. Diputación de Zaragoza. Zaragoza, 1988.
- Clavería J. Jiménez C. Alberto Duce. Retrospectiva. Museo Camón Aznar. Zaragoza, 2002.
- Cañellas A. Diccionario antológico de artistas aragoneses 1947-1948. Institución Fernando el Católico (CSIC). Zaragoza, 1983.
- VV.AA. Pintores en Aragón. Diputación General de Aragón. Zaragoza, 1990.
- Torralba F. Pintura contemporánea aragonesa. Guara Editorial. Zaragoza, 1979.
- Gaya Nuño JA. La pintura española del siglo XX. Ibérico Europea de Ediciones. Madrid, 1970.



Crítica de libros



Carlos Marina
Pediatra y Médico Puericultor
del Estado



Y LLEGÓ LA ADOLESCENCIA

Guía para Padres y Madres con hijos e hijas adolescentes.

Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Programa Municipal de Mediación Familiar - 2017

Con indudable y satisfactoria sorpresa, nos encontramos con el brillante resultado de la ardua labor puesta en marcha, desde el año 2001, por el Servicio de Infancia y Familia del Departamento de Intervención Social del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, recientemente publicado. Se trata de un

auténtico instrumento de ayuda, útil y sencillo, para muchos padres y madres con hijos que han iniciado recientemente la adolescencia o ya llevan un tiempo en esta etapa de la vida.

El mero hecho de tener hijos es probablemente la decisión más importante que pueden tomar las mujeres y los hombres tras su matrimonio. El Prof. Enrique Rojas, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense, comentaba hace pocas semanas en una Tercera de ABC, la actual resistencia de los hombres entre 30 y 40 años de asumir la responsabilidad imprescindible para casarse y tener hijos. Es lo que el Profesor denominaba "Síndrome de Afrodita" constituido por mujeres en edad fértil defraudadas ante el egoísmo, inmadurez y materialismo de varones incapaces de decidir y desempeñar su papel de esposos y padres.

Una vez superado este grave obstáculo, el trabajo que comentamos se va a centrar en la preocupación generada en padres y madres, felizmente responsables, por la llegada de sus hijos a la adolescencia. Etapa indudablemente difícil, de transición entre la niñez y la edad adulta. El hasta ahora niño quiere encontrar su propia identidad y adquirir autonomía. Se van a empezar a separar de las figuras paternas, pero, atención, ya no son niños, pero tampoco son todavía adultos y no tienen la madurez suficiente para conseguirlo.

El adolescente vive un conflicto interno entre la fuerte dependencia de sus padres y el deseo y necesidad de independencia. Niños hasta ahora complacientes se pueden mostrar de pronto vehementes y rebeldes. Este cambio puede desconcertar a los padres, quienes no saben bien cómo afrontar estos inesperados conflictos con sus hijos. Va a resultar complicado, en ocasiones, conseguir el equilibrio entre el control y autoridad sobre el adolescente, por un lado, y la concesión progresiva de mayores cotas de confianza y responsabilidad, por otro.

Esta GUÍA, cuya lectura recomendamos, se ha realizado con gran acierto teniendo en cuenta todas estas preocupaciones y el sentir de padres y madres de adolescentes que acuden al *Programa Municipal de Mediación Familiar*, creado como recurso de apoyo a la familia por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.



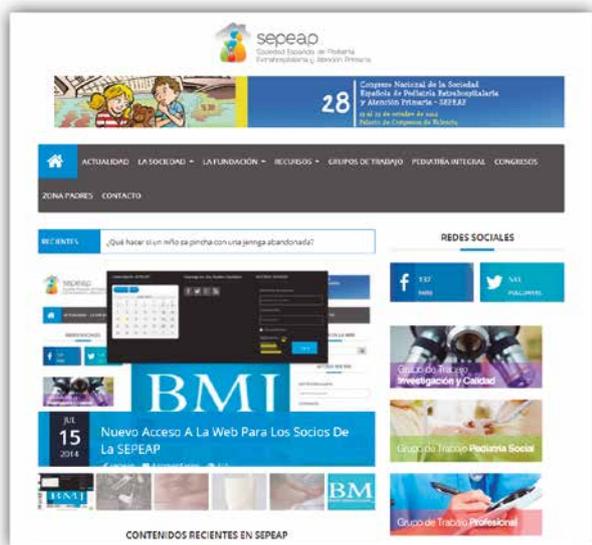
Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Visita nuestra web

Director: Dr. Antonio Iofrío



www.sepeap.org

A través de nuestra Web puedes encontrar:

- Información de la Agencia Oficial del Medicamento.
- Criterios del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la valoración de méritos para la fase de selección de Facultativos Especialistas de Área.
- Puedes bajar los CD-ROM de los Congresos Nacionales de la SEPEAP.
- Puedes acceder a los resúmenes de los últimos números de *Pediatría Integral*.
- También puedes acceder a los números anteriores completos de *Pediatría Integral*.
- Información sobre Congresos.
- Informe sobre Premios y Becas.
- Puedes solicitar tu nombre de usuario para acceder a toda la información que te ofrecemos.
- Ofertas de trabajo.
- Carpeta profesional.
- A través de nuestra Web tienes un amplio campo de conexiones.

Nuestra web: www.sepeap.org ¡Te espera!

Pediatría Integral número anterior

Volumen XXI, Número 3

“Reumatología”

1. Diagnóstico diferencial de las inflamaciones articulares
P. Fernández Fraga, S. Murias Loza
 2. Evaluación y tratamiento de la osteoporosis en niños
J.C. López Robledillo
 3. Artritis idiopática juvenil
E. Urbaneja Rodríguez, P. Solís Sánchez
 4. Púrpura de Shönlein-Henoch, enfermedad de Kawasaki y otras vasculitis
M.S. Camacho Lovillo, M.J. Lirola Cruz
 5. Fiebre reumática y artritis reactiva post-estreptocócica
J. Antón López, J. Mosquera Angarita
 6. Conectivopatías
D. Clemente Garulo
- Regreso a las Bases**
Anamnesis y exploración física en Reumatología
J.C. López Robledillo

Temas del próximo número

Volumen XXI, Número 5

“Patología adolescente (II)”

1. El ciclo menstrual y sus alteraciones
M.J. Rodríguez Jiménez, N. Curell Aguilá
 2. Anticoncepción en la adolescencia
C. Quintana Pantaleón
 3. Infecciones de transmisión sexual
P. Andrés Domingo
 4. Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia
P.J. Rodríguez Hernández, E.R. Hernández González
 5. Drogodependencias en el adolescente, actuación desde la consulta
A. Terán Prieto, E. Mayor Toranzo, L. García García
- Regreso a las Bases**
Orientación sexual. Actuación del profesional
F. López Sánchez