

Pediatría Integral

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

Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria

C O N S E J O E D I T O R I A L

PRESIDENTE DE HONOR:
Dr. F. Prandi Farras

DIRECTOR EJECUTIVO:
Dr. J. Del Pozo Machuca

SUBDIRECTORES EJECUTIVOS:
Dr. A. González-Meneses
Dr. J. de la Flor i Brú

JUNTA DIRECTIVA:

Dr. J.L. Bonal Villanueva
Dr. H. Paniagua Repetto
Dr. A. Redondo Romero
Dr. J. Del Pozo Machuca
Dra. C. Gancedo García
Dr. L. González Trapote
Dra. I. Hidalgo Vicario
Dr. V. Martínez Suárez
Dr. L. Sánchez Santos

Dr. H. Armas Ramos
(Canarias, sección Tenerife)

Prof. J. González Hachero
(Andalucía Occidental y
Extremadura)

Dr. J. López Muñoz
(Andalucía Oriental)

Dr. C. Marina
(Madrid y Castilla La Mancha)

Prof. J.M. Martínón
(Galicia)

Prof. M. Pajarón
(Sureste)

Prof. C. Paredes
(Valenciana)

Dr. F. Domínguez Ortega
(Canarias, sección Las Palmas)

Dr. M. Roca
(Balear)

Dr. J. Sánchez Martín
(Asturias, Cantabria y
Castilla-León)

A. Navajas
(Vasco-Navarra)

CONSEJO DE REDACCIÓN:
(Vocales Regionales. Pediatría
Extrahospitalaria)

Dra. E. Ortiz Gordillo
(S. Andalucía Occidental y
Extremadura)

Dr. V. Bolívar Galiano
(S. Andalucía Oriental)

Dr. J. Sanz Aguilares
(S. Aragón, La Rioja y Soria)

Dr. J.C. Silva Rico
(S. Asturias, Cantabria y
Castilla-León)

Dr. R. Fos Valentín
(S. Balear)

Dra. A. Cansino Campuzano
(S. Canaria, sección
Las Palmas)

Dra. M.C. Ferrández Gomáriz
(S. Canaria, sección Tenerife)

Dr. M. Sampedro Campos
(S. Galicia)

Dra. M. García-Onieva Artazcoz
(S. Madrid y Castilla La Mancha)

Dra. A.M. Rodríguez Fernández
(S. Sureste, Murcia)

Dra. M.A. Plaza Miranda
(S. Valenciana)

ASESORÍA DOCENTE:

Prof. J. Álvarez Guisasola
(Valladolid)

Prof. J. Ardura
(Valladolid)

Prof. J. Argemí
(Sabadell)

Prof. A. Ballabriga
(Barcelona)

Prof. A. Blanco
(Valladolid)

Prof. E. Borrajo
(Murcia)

Prof. J. Brines
(Valencia)

Prof. M. Bueno
(Zaragoza)

Prof. J.J. Cardesa
(Badajoz)

Prof. E. Casado de Frías
(Madrid)

Prof. M. Casanova Bellido
(Cádiz)

Prof. M. Castro Gago
(Santiago)

Prof. M. Crespo
(Oviedo)

Prof. M. Cruz
(Barcelona)

Prof. A. Delgado
(Bilbao)

Prof. E. Doménech
(Tenerife)

Prof. G. Galdó
(Granada)

Prof. M. García Fuentes
(Santander)

Prof. J. González Hachero
(Sevilla)

Prof. M. Hernández
(Madrid)

Prof. R. Jiménez
(Barcelona)

Prof. S. Málaga Guerrero
(Oviedo)

Prof. A. Martínez Valverde
(Málaga)

Prof. J.A. Molina Font
(Granada)

Prof. L. Morales
(Barcelona)

Prof. M. Moya
(Alicante)

Prof. A. Nogales
(Madrid)

Prof. J. Peña
(Santiago)

Prof. J. Pérez González
(Zaragoza)

Prof. M. Pombo
(Santiago)

Prof. J. Quero
(Madrid)

Prof. A. Romanos
(Córdoba)

Prof. J. Rodríguez Soriano
(Bilbao)

Prof. V. Salazar
(Salamanca)

Prof. R. Tojo
(Santiago)

Prof. A. Valls Sánchez de Puerta
(Sevilla)

JEFE DE REDACCIÓN:

Dr. J. Pozo Román

SECRETARÍA TÉCNICA:

C. Rodríguez Fernández

CONSULTORÍA DOCENTE:

Prof. J. Brines
(Sección de Educación
Pediátrica de la A.E.P.)

Prof. M. Crespo
(Comisión Nacional de
Especialidades)

Dr. F. Malmierca
(Expresidente de la
S.E.P.E.A.P.)

Prof. M. Moya
(Comisión Nacional de
Especialidades)

Prof. F. Prandi
(Presidente de Honor
S.E.P.E.A.P.)

CONSEJO DOCENTE:

(Sociedades Regionales de
Pediatría. Miembros de la
A.E.P.)

Dr. J.M. Mauri
(Cataluña)

Dr. M. Adán
(Aragón, La Rioja y Soria)



Consejo Superior de Investigaciones Científicas
CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN
CIENTÍFICA. C.I.N.D.O.C.



Excerpta Medica on-line



EXCERPTA
MEDICA



INDICE MEDICO ESPAÑOL



Nº asociado: E00464



Order nº S228934



Revistas Sanitarias Españolas: nº 320110



Bibliomed



Internet: www.speap.es

Pediatría Integral

Pediatr Integral

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 9 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 plagieren, 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.

SECRETARIA DE REDACCION:
Ediciones Ergon, S.A. Srta. Carmen Rodríguez
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

I.S.S.N. 1135-4542
SVP: 188-R-CM
Depósito Legal M-13628-1995

© Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria



Visítenos en INTERNET: www.sepeap.org

Edita: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)
Coordinación Editorial: Ediciones Ergon, S.A.



Impreso en papel libre de ácido
Printed on acid free paper



XIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la AEP

Alicante, 18-19 abril de 2008

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: A. Redondo Romero
Vicepresidente: J. Valdés Rodríguez
Vocales: A. Ausina Gómez
M. C. Sirvent Mayor
C. Squitieri Rossetti

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: M. Moya Benavent
Secretaria: I. Hidalgo Vicario
Vocales: F. Cruz Sánchez
T. García Muñoz
R. Pelach Paniker
J.M. Bofarull Bosch

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL SEMA

Presidente: G. Castellano Barca
Secretario: J. Casas Rivero
Tesorero: A. Redondo Romero
Vocales: J. M. Bofarull Bosch
I. Hidalgo Vicario
J. L. Iglesias Diz
T. García Muñoz
R. Pelach Paniker

Alicante, punto de encuentro 2008

Hace un año, en la entrañable ciudad de Oviedo, la asamblea decidió elegir a la ciudad de Alicante como sede del **XIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)** de la AEP. Por primera vez una ciudad repite como sede, ya que en 1994 Alicante acogió la V Reunión Anual de la, entonces, Sección de Medicina del Adolescente de la AEP.

Esta sección de la AEP nació de la mano de nuestro entrañable Blas Taracena del Piñal, y se puso de largo en 1990 en su I Reunión, celebrada en las instalaciones del Hospital de la Cruz Roja de Madrid. Desde entonces cada año un entusiasta grupo de pediatras ha ido llevando su inquietud por la Atención Integral Al Adolescente, por todo el territorio español, siempre bajo la batuta de nuestros presidentes Blas Taracena, Pilar Brañas, Josep Cornellà y Germán Castellano.

El interés que los pediatras tenemos por estar al día en nuestra formación científica incluye, de forma muy especial, la actualización en **medicina de la adolescencia**. Ya hace muchos años la labor asistencial pediátrica, en España, se limitaba a los siete primeros años de la vida, ampliándose más adelante hasta los 14 ó 15 años, aunque ya alguna comunidad autónoma ha sobrepasado este límite. Si atendemos a la opinión de la *American Academy of Pediatrics* (1988), recomienda que sea el pediatra quien continúe con la supervisión y atención a las necesidades de salud de sus pacientes hasta el final de su maduración.

La necesidad de formación en muchos campos hasta entonces desconocidos, despertó la inquietud de muchos profesionales por aumentar los conocimientos en todo lo relacionado con esta apasionante e interesante etapa. Ya comenta J.Cornellà que la atención a la salud integral del adolescente y la realización de la entrevista clínica tiene más elementos de arte que de aplicación de protocolos, a la par que J. Valdés puntualiza que en el examen del adolescente lo decisivo no son las técnicas ni los instrumentos. Debemos intentar ayudar a vencer aquella reflexión que nos hace Cándido Roldán "Quienes trabajamos con adolescentes....todo lo que tenemos por delante son dificultades".

No podemos olvidarnos de los padres, ya que cuando les brindamos suficiente información se va plasmar que "cuando se conocen las cosas es mucho más fácil actuar; se da menos importancia y se dramatiza menos en los momentos de fricción, al poder verlos como "normales".

Como se pueden comprender, la necesidad de estar al día en tantos y tan diversos temas dificulta notablemente la selección del contenido científico de un congreso, que en esta ocasión han sabido afrontar, de forma conjunta, la Junta Directiva de la S.E.M.A. y los comités locales de Alicante.

Desde aquí, y desde este momento deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a las personas que integran los distintos comités, a la Junta Directiva de la S.E.M.A, a las instituciones y casas comerciales que nos brindan su apoyo y, de forma muy especial, a los ponentes por su responsable y desinteresada colaboración.

Como otros años este XIX Congreso incluye mesas redondas, talleres prácticos, casos clínicos, comunicaciones, posters y la VII Conferencia "Blas Taracena del Piñal. Este año además se celebra, en paralelo, el **VI Curso de Formación para Padres de Adolescentes**, que tan buena acogida que ha tenido desde el primero que se celebró, en nuestra ciudad, en 1994.

Alicante, capital de la Costa Blanca, ciudad universitaria y mediterránea, se va a convertir durante unos días, en el punto de encuentro de la adolescencia y de los adolescentes. Aquí se disfruta de un clima privilegiado en cualquier época del año, circunstancia que unida a su relevancia histórica, la excelencia de sus playas, sus modernas infraestructuras y la incomparable gastronomía, la convierte en centro de múltiples culturas.

En nombre de las personas que, con tanta ilusión, hemos organizado este evento, os doy la bienvenida a la Comunidad Valenciana y nuestra hospitalaria ciudad de Alicante.

Antonio M. Redondo Romero

Pediatra. Alicante

Presidente Comité Organizador XIX Congreso SEMA

Índice

MESA REDONDA: UNIDADES DE ADOLESCENCIA. DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA	1
<i>Moderador:</i> G.Castellano Barca	
Unidades hospitalarias para adolescentes	2
P. Brañas Fernández	
Centro Madrid Salud Joven. La promoción positiva en la adolescencia	7
J. Madrid Gutiérrez	
Sociedad Italiana de Medicina de la Adolescencia S.I.M.A.	
Proyecto de asistencia al adolescente a través de un programa de regionalización y estandarización de las estrategias de intervención. De Italia a Europa	16
G. Raiola	
MESA REDONDA: EL ADOLESCENTE COMO ENFERMO CRÓNICO	
<i>Moderadora:</i> F. Cruz Sánchez	
Enfermedad crónica en el adolescente: aspectos generales	19
J.L. Iglesias Diz	
Asma y sus implicaciones	23
M. Praena Crespo	
Trastornos psiquiátricos prevalentes en los adolescentes	27
J. Loño Capote	
SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y COMUNICACIONES	
<i>Moderadora:</i> I. Hidalgo Vicario	
Del diagnóstico de ingreso al diagnóstico definitivo	30
Abordaje integral del adolescente ingresado	
M. Magaña Hernández	
Síncope y mareos	32
S. García-Tornel Florensa	
TALLERES SIMULTÁNEOS	
La entrevista al adolescente	35
J. Casas Rivero (Madrid)	
Anticoncepción en la adolescencia	37
N. Parera i Junyent	
Uso de psicofármacos	42
A. Javaloyes Sanchís	
Búsqueda bibliográfica en Medicina de la Adolescencia	46
J. González de Dios	
Actitud ante el abuso de drogas	54
M.P. Bermejo González	
VII CONFERENCIA BLAS TARACENA DEL PIÑAL	
La sexualidad en la adolescencia	58
F. López Sánchez	

Unidades de adolescencia. De la teoría a la práctica

Presentación

G. Castellano Barca

Presidente de la SEMA

La Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, en su afán de ampliar sus fronteras, continúa y aumenta su relación con otras sociedades científicas de diversos países, al tiempo que participa en múltiples foros relacionados con la adolescencia, dentro y fuera de España, intercambiando experiencias siempre enriquecedoras. La SEMA continúa colaborando con Italia, ha iniciado en 2007 su relación y participación en los eventos IAAH Europa, así como con Francia, y la excelente y fraternal relación con América Latina sigue proporcionando magníficos resultados.

La mesa titulada "Unidades de Adolescencia. De la teoría a la práctica" es un claro ejemplo de lo expuesto anteriormente ya que intervienen cualificados profesionales de diferentes ámbitos. La Dra. Pilar Brañas, ex-presidenta de la SEMA, con una dilatada experiencia en la Unidad de Adolescencia del Hospital Niño Jesús, de Madrid, expondrá la visión hospitalaria de un servicio muy acreditado y que es referencia en algunas patologías juveniles.

Madrid cuenta con el mayor centro asistencial extrahospitalario de España dedicado al mundo adolescente y joven, llamado "Centro Joven"; el Dr. Juan Madrid, responsable del mismo y con un largo y fructífero camino en este tema, planteará los detalles de este sistema multisistencial, así como las enseñanzas derivadas de su funcionamiento desde hace unos años.

El presidente de la Sociedad Italiana de Medicina de la Adolescencia, SIMA nuestra homóloga, Dr. Giuseppe Raiola, une a su condición institucional su trabajo en el Hospital de Catanzaro en Calabria, coordinando la atención a la adolescencia y siendo un experto en talasemia en ese grupo de edad. Además planteará en Alicante una experiencia asistencial de regionalización que se va a desarrollar en Italia y que podría ser útil para otros países empeñados en mejorar la cobertura sanitaria en los jóvenes.

A lo expuesto anteriormente habría que añadir la actividad formativa en la escuela, bien en forma de "Consulta Joven" o como Educación para la Salud Integral y que complementa lo desarrollado por los ponentes en esta sesión. Una actividad de ese tipo implica un acuerdo entre las autoridades sanitarias y educativas, un trabajo en equipo con profesionales sanitarios y de otras disciplinas, la creación de unos programas, evaluables si es posible, y el mantenimiento a lo largo del tiempo entroncado como una actividad curricular más de ese centro educativo, en la cual los docentes debieran tener progresivamente

más peso en el desarrollo de los programas, asesorados por otros profesionales cuando fuera necesario. Este tema no corresponde a esta mesa pero al menos queremos dejar constancia de su importancia.

A la vista de lo expuesto es fácil comprender que exposiciones tan diferentes han de ser útiles para los asistentes, que encontrarán nuevos horizontes en esta parcela sanitaria no suficientemente desarrollada como todos sabemos.

Los temas que se desarrollan en esta sesión nos conducen a las Políticas Sanitarias y su aplicación al ámbito de la adolescencia y juventud, que son la mayor fuerza contemporánea existente en el mundo, sin la cual no es posible la democracia y el desarrollo y que; sin embargo, no recibe la atención adecuada, salvo honrosas excepciones.

Apostamos porque las Políticas de Estado, las Políticas de Gobierno, las Políticas Públicas y los llamados Planes de Acción tengan en cuenta la opinión de los jóvenes a través del emponderamiento, que significa darles la oportunidad de tomar decisiones sobre asuntos que afectan a su vida (Cuarto Foro Mundial de la Juventud 2001), como pueden ser las acciones destinadas a una mejor Salud Integral con medidas realistas, alcanzables, específicas y evaluables.

A mayor abundamiento recordamos que el artículo 12 de la Convención sobre Derechos del Niño establece: "Los Estados Partes garantizarán al niño y adolescente que esté en condiciones de formarse un juicio propio y el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afectan, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones en función de la edad y la madurez".

Será injusto e inexacto no valorar los buenos resultados que se van alcanzando en algunas parcelas preventivas y asistenciales en España, y en América Latina, con magníficos proyectos a través de Políticas Nacionales de Juventud y en los cuales colaboran la UE y el Programa Interagencial de Salud de Adolescentes (UNFPA, UNICEF, OPS, OMS, CIDA, ASDI, GTZ) así como CODAJIC, Comité de Adolescencia de ALAPE, diversas ONGs, fundaciones, entidades privadas y los diferentes gobiernos.

Invertir en los adolescentes y jóvenes es garantizar el futuro de todos como pretende el Programa de Acción Mundial para Jóvenes de Naciones Unidas. La SEMA agradece a los cualificados participantes en esta mesa su valiosa colaboración que sin duda podrá servir para impulsar una **Atención diferente para una Edad Diferente**.

Unidades hospitalarias para adolescentes

P. Brañas Fernández

Unidad de Adolescentes. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

INTRODUCCIÓN

La asistencia médica al adolescente de forma especializada es muy reciente en España, a diferencia de otros países occidentales que llevan una experiencia de más de sesenta años. En todas partes los pediatras han sido los primeros en asumir su atención cuya actividad más importante es la prevención. Estamos aún muy al principio, se necesitan médicos preparados y creación de unidades donde se pueda llevar a cabo la investigación y la docencia de esta especialidad.

Prestigiosas instituciones apoyan su desarrollo, la OMS en 1995 hizo una llamada de atención a los países para que dediquen recursos y esfuerzos a la atención de la salud de los adolescentes: *Adolescents: no longer children, not yet adults*. “Uno de los compromisos más importantes que un país debe tener para contribuir al progreso, a la estabilidad económica, social y política, es atender la salud y las necesidades del desarrollo de sus adolescentes”. La UNICEF y la Organización Panamericana de Salud también aconsejan la atención médica especializada a los adolescentes.

La adolescencia es el período de cambios físicos, psicológicos, y sociales, más activo de la vida y la mayoría de sus problemas médicos están relacionados con el estilo de vida y los hábitos y comportamientos que se inician durante ella. Para una correcta asistencia médica se necesita conocer cómo y cuáles son los factores sociales que intervienen, cuidar y mejorar la relación médico-paciente y lograr la participación del adolescente, la familia y los educadores en el cuidado de la salud. Además ambos sexos no son iguales, hay que saber y considerar sus diferentes necesidades. La adolescencia es un campo nuevo y abierto en continua evolución que no permite establecer conceptos definitivos, necesita experiencia e investigación permanente.

JUSTIFICACIÓN DE UNA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

A lo largo del siglo pasado se ha producido la transformación de una sociedad predominantemente agraria en industrializada, esto ha producido unos cambios sociales que favorecen una mayor vulnerabilidad para enfermar en los adolescentes. El hecho más importante ha sido la prolongación del tiempo de paso a la vida adulta y el retraso de la autonomía personal. La adolescencia se ocupa de esta transición y de los fenómenos de adaptación a la nueva circunstancia social, es un tiempo de oportunidades y de riesgo que hay que reconducir hacia la oportunidad. Sus problemas tienen raíces comunes y están interrelacionados: la presencia de un riesgo posibilita la agregación de otros. No todos los adolescentes son igual de vulnerables, es necesario descubrir los que están en

situación de mayor riesgo para prevenir los problemas de salud. La adolescencia es la última oportunidad que queda para evitar que perduren en la vida adulta.

Los cambios sociales más importantes aparecidos en los últimos 50 años son muy diversos y complejos. Existe un menor índice de natalidad, un escaso número de hermanos y por tanto pocas posibilidades de compartir experiencias formativas. Se diversifican las formas de familia, aumentando los hogares formados por un solo hijo y una madre o un padre únicos, con conflictos personales, y a veces incapaces de ocuparse de las dificultades añadidas del hijo adolescente. Ha disminuido la comunicación entre padres e hijos por falta de tiempo y horarios diferentes, se sustituye el consejo paterno por la opinión de los amigos, inexpertos también para tomar decisiones.

Las exigencias del nivel escolar son altas y no dejan sitio para los menos dotados cerrando el camino para opciones laborales futuras. El fracaso escolar es un factor negativo que favorece comportamientos peligrosos para llenar el vacío de una vida sin ocupación. Se prolonga cada vez más el período educacional y se retrasa la entrada al mundo laboral cuya consecuencia es no poder independizarse y vivir a expensas de los padres hasta edades avanzadas

El crecimiento de los medios de comunicación favorece la confusión porque resaltan actitudes, formas de vivir y valores falsos que no ayudan a una formación adecuada de los adolescentes. Además, hay una inestabilidad y pérdida de los valores que no son sustituidos por otros, lo cual favorece el estrés psicológico y predispone a las personas a la pérdida de la salud mental.

Estas nuevas circunstancias sociales favorecen mayor morbilidad y una patología propia de la adolescencia que se puede evitar mediante medidas de prevención. La planificación de la asistencia correcta debe tener presente las características de sus distintos períodos y las diferencias según el medio social, urbano, rural, local o grupal al que pertenecen los pacientes.

REALIDAD ACTUAL DE LA ATENCIÓN MÉDICA AL ADOLESCENTE

En el momento actual la atención a los adolescentes no cubre sus necesidades, a pesar de ser un grupo importante de la población no tiene un programa específico asistencial como lo tienen otras edades. Son atendidos por diferentes especialistas en aspectos concretos de salud, sin tener en cuenta lo que necesitan como adolescentes porque no se asumen las evidentes diferencias que tienen con los niños o los adultos.

No es nada fácil su atención médica por las diferencias individuales en el tiempo y en la forma de la maduración, resulta difícil distinguir lo normal de lo patológico. Además, existe una propensión al desajuste emocional y psicosocial que genera trastornos que se conocen poco. No hay un patrón típico de la normalidad.

Los profesionales médicos todavía están poco motivados para asumir los aspectos psicológicos y sociales dentro de la actividad asistencial de cada día, por falta de tiempo, formación y dificultades para la coordinación con los recursos sociosanitarios; persisten mitos y estereotipos en los problemas del adolescente. La investigación y los centros de formación son mínimos comparados con los de otras edades, hay poco conocimiento de los aspectos sanitarios básicos y de cuáles son las causas socioculturales que intervienen en los trastornos de los adolescentes. El pediatra Roswell Gallagher, pionero en este campo, en 1957 escribió: "incluir la atención del adolescente en la enseñanza de la Pediatría ofrece una oportunidad única para lograr experiencia y conocimiento de sus características y necesidades, si no hacemos esto cuando intentamos su tratamiento y cuidados..., si sólo tratamos su enfermedad y nos olvidamos de él, ignorará nuestros consejos, faltará a la siguiente cita, no cumplirá su medicación, y perderá su confianza..." .

En el futuro crecerá su demanda asistencial por una mayor vulnerabilidad para enfermar, debido al aumento de estrés psicológico en una sociedad compleja, con valores inseguros y cambiantes y múltiples patrones válidos de comportamiento.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN EL HOSPITAL

Hasta el momento actual existen en nuestro medio muy escasas unidades hospitalarias con áreas destinadas para adolescentes, tal vez porque no existen evidencias sobre el coste/efectividad que apoyen su necesidad. Los ingresos hospitalarios de adolescentes son escasos, la edad más habitual es de 10 a 18 años y el número de admisiones varía según los países y la organización de los centros, aproximadamente es del 5 al 30% de los totales. Es imprescindible que se instalen en salas abiertas que reúnan las condiciones adecuadas, a excepción de los enfermos psiquiátricos con riesgo de suicidio que necesitan lugares con mayor contención física.

Necesitan tener unos recursos materiales básicos, un mobiliario de tamaño adecuado, camilla de exploración adaptable para exploración ginecológica. Un espacio para estar, comer o recibir educación para la salud y un despacho médico, con una zona aislada para la exploración, que permita mantener la intimidad personal y realizar técnicas diagnósticas.

Los recursos humanos son mucho más importantes que los materiales, es necesario disponer de un equipo básico, formado por especialistas en Medicina del Adolescente y enfermeras voluntarias, nunca obligadas a ejercer su trabajo con los adolescentes. Los consultores, como el psiquiatra, psicólogo, ginecólogo y otros especialistas necesarios, deben trabajar coordinados por el responsable del paciente de forma **interdisciplinaria**. La complejidad de los equipos dependerá de la

dotación de recursos, sin olvidar la importancia que tienen el trabajador social y el maestro.

La consulta externa del hospital debe reunir unas condiciones mínimas, tener un lugar reservado para vestirse o desvestirse, aislado de la vista del personal que atiende la consulta. La sala de espera no debe ser compartida con niños de corta edad o pacientes mayores o ancianos, porque favorece la inseguridad y falta de confianza en el médico.

La atención de pacientes adolescentes en el hospital por médicos especializados incrementa el rendimiento y la eficiencia de la labor realizada porque saben cómo y qué hacer. El conocimiento de su morbilidad favorece el interés, mejora la relación médico-paciente y da mejor calidad de asistencia. Todo esto se difunde en el medio y atrae a otros adolescentes que crean nuevas necesidades, lo que justificará el aumento de los recursos económicos dedicados a la asistencia.

En las unidades de urgencias los adolescentes mayores de 14 años plantean dificultades en los servicios de Pediatría actuales o en hospitales pediátricos, su asistencia depende del deseo del médico que esté de guardia y de la presión asistencial del momento. Esta ambigüedad resulta contradictoria y caótica para los pacientes que están siendo vistos en una consulta y son rechazados en la urgencia y enviados a otras áreas u hospitales, lo que contribuye a un menor número de ingresos y de ocupación de camas para adolescentes. La legislación vigente del Sistema Nacional de Salud sobre los límites de edad en atención pediátrica no contradice que se amplíe a los 18 años pues permite la libre elección de los asegurados.

Las ventajas de la asistencia médica en el hospital son numerosas, tanto para los médicos como para los pacientes. Entre ellas se pueden citar las siguientes:

1. Tener una consulta específica, no compartida con niños o adultos, que permite centrar sus problemas.
2. Ser atendidos por personal preparado que sabe y comprende sus necesidades.
3. En caso de necesitar hospitalización disponen de un lugar físico apropiado que preserva la intimidad, permite relacionarse con gente de la misma edad y tener espacios para ocupar el tiempo libre y continuar la escolarización.
4. Disponer a la vez de otros profesionales del equipo, trabajadores sociales, psicólogos, maestros que pueden facilitar la relación con los recursos sociales.
5. El tratamiento de problemas especiales como los trastornos de la conducta alimentaria, intento de suicidio, o problemas ginecológicos, considerados difíciles de controlar en unidades pediátricas o psiquiátricas convencionales.
6. La concentración de pacientes permite realizar investigación y establecer programas de docencia para estudiantes, residentes y formación continuada.
7. La adquisición de mayor adiestramiento y habilidad de las enfermeras para la relación con el adolescente.
8. La ventaja más importante es la asistencia integral, a la vez que se atiende el problema médico primario se valoran también otros aspectos de la salud.

Toda unidad debe contar con un **programa de salud** para los adolescentes, con unas líneas generales aplicables a todos que nos permitan conocer los principales aspectos del desarrollo en este momento de la vida. El control de la progresión de los signos puberales, el desarrollo y la aptitud física y las recomendaciones para mejorarla, de forma que se les ayude a realizar con éxito los esfuerzos de cada día sin acabar agotados, la aplicación correcta de las vacunaciones y la higiene bucodental. En el área psicosocial es importante la vigilancia de la maduración psíquica e intelectual y las relaciones familiares, escolares y sociales y en el de la salud mental vigilar la correcta adaptación al medio y la existencia de factores de riesgo para presentar enfermedades mentales y drogadicción. La educación sexual y la prevención de las ETS.

La aplicación de un programa de salud por personal entrenado tiene como resultado un trabajo más gratificante y eficiente que revierte en la institución donde se lleva a cabo la cual obtiene importantes beneficios. Al tener sanitarios bien adiestrados utilizan mejor los recursos y consiguen un menor coste por proceso y una mayor calidad de la asistencia, se amplía así la cartera de servicios lo que permite recibir una mayor dotación de recursos. La institución consigue de esta manera un mayor renombre.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ASISTENCIA DE ADOLESCENTES EN HOSPITALES

En el momento actual existen muy pocos hospitales que atiendan a adolescentes con un programa organizado, a lo sumo se inicia la asistencia en áreas pediátricas hasta los 14 años. Los mayores de esta edad están en hospitales generales, junto con pacientes de otras edades, en donde son atendidos por un problema concreto, principalmente orgánico, de una forma monodisciplinar. Esta situación resulta insuficiente para las necesidades reales de los jóvenes, los cuáles no encuentran un lugar al cual acudir que les ofrezca seguridad de ser bien acogidos.

Con el tiempo se ha ido produciendo una mejora de la calidad de vida infantil favorecida por el uso de antibióticos, la aplicación de las vacunas y la mejor preparación de los profesionales de atención primaria que ha ocasionado una disminución de la ocupación en las clínicas pediátricas. Interesa ahora aumentar la edad de los pacientes, y atender nuevos problemas, porque además existe demanda social y posibilidades de mejorar la salud de los adolescentes. Es sin duda más probable que se empiece su atención en estos centros.

La situación actual no es deseable, cuando se ingresan adolescentes con personas de otras edades se generan importantes inconvenientes para el paciente, el médico y el personal de enfermería.

Cuando está con niños pequeños, en las **unidades pediátricas** puras, el **adolescente** no puede establecer contacto de iguales, relacionarse o compartir experiencias. Le molesta el llanto del pequeño compañero y como suelen estar presentes los padres del niño, se limita su intimidad. No confía en el médico que atiende a lactantes y preescolares porque supone que des-

conoce o está muy poco interesado en comprender sus preocupaciones.

El médico no acostumbrado a la relación con adolescentes se siente incómodo por desconocer las características diferentes y especiales del paciente, sus expectativas y su realidad, le falta experiencia en la patología de la adolescencia. Le dedica más atención a los problemas físicos y menos a los psicosociales, con lo cual sólo se atiende una parte de sus necesidades.

Las enfermeras tienen una relación incómoda y forzada por la inexperiencia en el trato con pacientes de edad próxima a la propia, las jóvenes, o muy alejada, las mayores. Encuentran dificultad para imponer autoridad ante la rebeldía y el negativismo del paciente con lo cual acaban estableciendo normas rígidas que siempre resultan conflictivas.

Actualmente en los **hospitales de adultos** la mayoría de los ingresados son personas ancianas o con problemas médicos graves o situaciones terminales. El paciente adolescente percibe menor sensibilidad y empatía por parte del médico, porque está muy sobrecargado por la alta presión asistencial. Él cree que sus preocupaciones son subestimadas por tener una relativa importancia en este medio de mayor gravedad. Finalmente, es fácil pensar que sólo se presta atención a la enfermedad orgánica y ninguna a la psicosocial.

Por parte de los médicos y las enfermeras se tiende a homologar al paciente a los individuos adultos, se minimiza el componente emocional de la hospitalización y su repercusión en la evolución de la enfermedad.

Tanto en unas unidades como en otras, si no son específicas para adolescentes, hay mayor predisposición a las simpatías y antipatías, es más difícil evitar la contratransferencia, es decir, mantener la imparcialidad frente al paciente.

FUTURO DE LAS UNIDADES A NIVEL HOSPITALARIO Y... ¿HASTA CUÁNDO EL PEDIATRA?

En 1938 la Academia Americana de Pediatría estableció los límites de la edad pediátrica en los siguientes términos: "la práctica de la Pediatría empieza en el momento del nacimiento y continúa a través de la adolescencia, terminando a los 18 años de vida". En 1969 se solicitó una ampliación del campo de la Pediatría en sus dos extremos, el período prenatal desde el momento de la concepción y el de adulto joven hasta los 21 años (Pediatrics 1972; 49 (2):463). En los países pioneros en la atención al adolescente son los pediatras quienes la han comenzado, porque la continuación del crecimiento y desarrollo y la actividad preventiva está muy relacionadas con el quehacer pediátrico.

Ante esta circunstancia cabe preguntarse: ¿hasta cuándo debe continuar el pediatra? Posiblemente lo sensato sea no poner límites rígidos en la edad de corte, por las siguientes razones:

- Aceptar, pacientes sin límite de edad favorece la libre competitividad entre las instituciones y los profesionales.
- Se respeta el deseo del médico de mantener la continuidad del tratamiento.

- Se favorece la capacitación de los profesionales y sus preferencias, porque es necesario aumentar el conocimiento y la experiencia en los procesos que sólo se ven en la adolescencia.
- Existen barreras y dificultades en el paso de los enfermos crónicos al nivel asistencial de adultos.
- Muchos pacientes desean continuar con sus médicos y es deseable mantener la confianza y sintonía del paciente, hasta que se establezca con otro especialista o en otras unidades.

En los centros en los que sea necesario mantener un orden administrativo, o regular el número de pacientes y respetar los lícitos deseos de los subespecialistas médico-quirúrgicos que no deseen atender a los mayores en determinadas patologías, debe existir un límite para la edad. Los 18 años sería el punto de corte ideal, porque permite recoger experiencia de la adolescencia en sus tres fases: temprana (14 años), media (16 años) y tardía (18 años).

Objetivos y programa

Todo centro debe contar con una planificación asistencial, con unos objetivos concretos y un programa de atención ajustado a las necesidades de su población. La unidad de adolescentes en el hospital nunca debe tener directrices monográficas de tipos psiquiátrico, endocrinológico, o de planificación familiar. No cumpliría el principio deseable de asistencia a todos los problemas de un adolescente, y a los de todos. Debe tener un carácter integral para atender los problemas físicos, sociales y psicológicos, con un programa de salud adaptado a esta etapa. El programa debe contener unos principios generales que marquen los objetivos principales, entre ellos:

- Los criterios de actuación: asistencia integral, educación sanitaria y participación del adolescente y la familia.
- Conocimiento de la población diana a la que va dirigida la atención
- Metodología de las actividades a realizar, organización distribución, horarios.
- Información y asesoramiento de pacientes y familiares.
- Recursos materiales y humanos.
- Valoración periódica y análisis de los resultados.

Los **objetivos asistenciales** son la parte más importante, las líneas principales son:

- Evaluación del crecimiento y la maduración física, psicológica e intelectual y la correcta adaptación al medio.
- Diagnóstico y tratamiento del adolescente enfermo en los planos somático, psíquico y social.
- Prevención de la patología prevalente.
- Actividades de prevención en un problema concreto de demanda social.
- Educación sanitaria para alcanzar y conservar la salud.
- Actividades específicas para grupos de patología especial.
- Promover la investigación para desarrollar el conocimiento científico en todos los aspectos del proceso de la adolescencia.
- Formación continuada de los profesionales.

- Docencia de pre y postgrado para la formación de nuevos especialistas.

Los adolescentes tienen el derecho de recibir asistencia especializada con un programa que recoja todas sus necesidades de salud, que pueda ser aplicado a todos y también a los grupos de patología especial como los trastornos del comportamiento alimentario o las enfermedades crónicas.

Dificultades actuales

Existen muchas dificultades pendientes de solución para conseguir una implantación definitiva de la asistencia médica al adolescente. La falta de personal preparado médico y de enfermería, el bajo índice ocupacional, la imposibilidad de conseguir resultados a corto plazo, junto a otras de tipo administrativo, como falta de apoyo de la gerencia, escasez de recursos económicos, problemas de ubicación, espacio reducido y mal acondicionamiento físico, son algunas de ellas. Las más importantes son:

1. La formación de equipos y preparación adecuada del personal por carecer de centros acreditados en el país, sobre todo en áreas de mayor dificultad para obtener experiencia como los problemas relacionados con la sexualidad, consumo de drogas, salud mental. Esta carencia limita las vocaciones en los profesionales.
2. El funcionamiento correcto de los equipos interdisciplinarios por el solapamiento de las competencias, límites de actuación, la preponderancia o subordinación entre los profesionales y unificación de criterios de actuación.
3. Reconocimiento y aceptación de las peculiaridades del adolescente por los especialistas convencionales cuya actitud hacia ellos es la misma que hacia los pacientes de otras edades.
4. La rentabilidad de las unidades, la gestión actual de los hospitales sigue una tendencia de ahorro y conseguir objetivos de una eficiencia inmediata, muy difíciles de aplicar a los adolescentes. Por el contrario, éstos requieren una prioridad basada en la prevención y el bienestar sobre la económica, consumen recursos de tiempo y personal y los resultados se obtienen a largo plazo. El bajo índice de ocupación obliga a ocupar camas con niños más pequeños para mantener el rendimiento.
5. La lucha entre distintos especialistas por la ocupación de camas, pediatras, internistas, endocrinólogos, psiquiatras, con el riesgo de diversificar la asistencia y actuar de forma unilateral.
6. Lograr el apoyo de los gerentes porque están preocupados por los presupuestos y objetivos de eficiencia y rentabilidad. Los adolescentes tienen baja morbilidad en la patología orgánica que es la admitida como prioritaria, por ello producen un bajo índice de ocupación y de estancias hospitalarias. Es difícil negociar objetivos con esta situación.

A pesar de todo, estas dificultades no deben considerarse un impedimento insalvable, pues su solución está en la lucha para resolverlas y no en la renuncia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilcox WD. Role of general pediatricians in adolescent health care. *J Pediatr* 1991; **118**: 156-57.
2. Klein JD, Slap GA, Elster AB, Schromberg SK. Access to health care for adolescents. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adol Health Care* 1992; **13**:162-70.
3. Neinstein L. Comentarios en torno a problemas frecuentes en la salud del adolescente. *An Esp Pediatr* 1993; **39** (S 54): 19-32.
4. Fisher M. Adolescent inpatient units. *Arch Dis Child* 1994; **70**: 461-63.
5. Burgio GR. Adolescence and paediatrics in Europe. *Eur J Pediatr* 1994; **153**: 706-71.
6. Suris JC, Parera N, Puig Rovira C. Qué piensan los adolescentes de su médico: Una comparación entre pediatras y médicos de adultos. *An Esp Pediatr* 1996; **44**: 326-28.
7. Adolescent inpatient units: A Position Statement of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health Care* 1996; **18**: 307-8.
8. Sigman G, Silver TJ, English A, Epner JE. Confidential health care for adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 1997; **21** (6): 408-15.
9. Emans SJ, Bravender T, Knight J, Frazer C, et al. Adolescent Medicine Training in Pediatric residency Programs: Are We Doing a Good Job? *Pediatrics* 1998; **102**: 588-95.
10. Donovan CH, Li J, Taylor B, Abdulazziz J K. Teenagers in hospital: what do they want? *Nursing Standard* 1999; **13** (23): 49-51.
11. Strategic Directions for Improving the Health and Development of Children and Adolescents. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescent-health/NewPublication/overview/CAH_Strategy_EN.pdf.
12. Ford CA, Reif CH, Rosen DS, Emans SJ, Lipa-Glaysier B, Fleming M, Wilson T. The AMA Residency Training in Adolescent Preventive Services Project: Report of the Working Group. *J Adolec Health* 2001; **29**: 50-8.
13. Viner RM. National Survey of use of hospital beds by adolescents aged 12 to 19 in the United Kingdom. *BMJ* 2001; **322**: 957-8.
14. Sawyer S, Shea L, Patton GC. Do we need specialist units for adolescents in hospitals? *BMJ* 2001; **323**: 401.
15. Patton GC, Sanci LA, Sawyer S. Adolescent Medicine. *Med J Austr* 2002; **176** (1): 3-5.
16. Sánchez Artilés JJ, Ortigosa M, Prieto M, Cañas A, Suárez P. Salud del adolescente. *Bol Soc Can Ped* 2002; **26** (2-3): 129-47.
17. Hutton A. The private adolescent: Privacy needs of adolescent hospitals. *J Pediatr Nursing* 2002; **17** (1): 67-72.
18. Orientation Programme on Adolescent Health for Health-Providers. http://www.who.int/child_adolescent_health/NewPublication/ADH/ISBN_92_4_159126_9.htm. Accessed April 20, 2006
19. Akibami L, Gandhi H, Cheng T. Availability of adolescent health services and confidentiality in primary care practice. *Pediatrics* 2003; **111**: 394-401.
20. Kang M, Bernard D, Quine S, Alpersterin G, Usherwood T, Bennett D. Access to primary health care for Australian young people: service provider perspectives. *British J Gen Pract* 2003; **53**: 947-52.
21. Bennett D, Tonkin R. International developments in adolescent health care: a story of advocacy and achievement. *J Adolesc Health* 2003; **33**: 240-51.
22. Alderman EH, Rieder J, Cohen MI. The history of Adolescent Medicine. *Pediatric Research* 2003; **54** (1):135-47.
23. Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child* 2004; **89**: 938-42.
24. Michaud PA, Suris JC, Viner R. The adolescent with chronic condition. Part II: health care provision. *Arch Dis Child* 2004; **89**: 943-9.
25. Christie D, Viner R. Adolescent development. *BMJ* 2005; **7486**: 301-4.
26. Hutton A. Consumer perspectives in adolescent ward design. *J Clinical Nursing* 2005; **14** (5): 537-45.
27. Lam PY, Fitzgerald BB, Sawyer S. Young adults in children's hospitals: why are they there? *Med J Austr* 2005; **182** (8): 381-84.
28. Reiss JC, Gibson RW, Walker LR. Health care transition: youth, family and provider perspectives. *Pediatrics* 2005; **115** (1):112-20.
29. Sanci LA, Sawyer SM, Kang M, Haller DM, Patton GC. Confidential health care for adolescents: reconciling clinical evidence with family values. *Med J Austr* 2005; **183** (8):410-14
30. Yeo MS, Bond LM, Sawyer S. Health risk screening in adolescents: room for improvement in a tertiary inpatient setting. *Med J Austr* 2005; **183** (8): 427-29.
31. Bennett DL, Tonkin RS. International developments in adolescents health care: a story of advocacy and achievement. *J Adolesc Health* 2005; **36** (3): 160-1.
32. Ozer EM, Adams SH, Lusting JL y cols. Increasing the screening and counseling of adolescent for risky behaviours: a primary care intervention. *Pediatrics* 2005; **115**: 960-9.
33. Yeo MS, Bond LM, Sawyer SM. Health risk screening in adolescents: room for improvement in a tertiary inpatient setting. *Med J Austr* 2005; **183** (8):427-9.
34. Payne D, Martin C, Viner R, Skinner R. Adolescent medicine in pediatric practice. *Arch Dis Child* 2005; **90** (11):1133-37.
35. Burns JJ, Sadof M, Kamat D. The adolescent with a chronic illness. *Pediatrics Annals* 2006; **35** (3): 207-16.
36. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Health Financing. Conjunto de beneficios de la atención sanitaria para los niños desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. *Pediatrics* (Ed Esp) 2006; **61** (3):190-2.
37. Greenberg MT. Promoting resilience in children and youth: Preventive interventions and their interface with Neurociencia. *Ann N Y Acad Sci* 2006; **1094**: 139-50.
38. Viner RM. Do adolescents inpatient wards make a difference? Findings from a National Young Patient Survey. *Pediatrics* 2007; **120** (4):749-35.

Centro Madrid Salud Joven

La promoción positiva en la adolescencia

J. Madrid Gutiérrez, D. Hernández Martín⁽¹⁾

Director del Centro Madrid Salud Joven. ⁽¹⁾Adjunta sección CMS Joven

MARCO TEÓRICO

La promoción de la salud¹ se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de *ejercer control sobre los determinantes de la salud*.

Por tanto, las acciones que apoyan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida (entornos) que apoyan la salud, constituyen elementos clave de una promoción de la salud eficaz.

Existen diferencias importantes de perspectiva y énfasis con respecto a aquello que representa el 'éxito' de un programa de promoción de la salud, según quién lo evalúe:

Los responsables de elaborar las políticas y los gestores de presupuestos, que deben tener la capacidad de juzgar el éxito (o posible éxito) de los programas. Este éxito suele definirse en términos de la relación que existe entre la inversión y el logro de los resultados de salud a corto plazo.

Los profesionales de la promoción de la salud, que deben ser capaces de juzgar el posible éxito de un programa con respecto al logro de sus objetivos definidos en circunstancias de la "vida real".

La población que se beneficiará de la acción de promoción de la salud. Este éxito se podría definir en términos de relevancia con respecto a las necesidades percibidas, y de las oportunidades de participación de la comunidad.

Los investigadores académicos, que necesitan juzgar el éxito, con el fin de mejorar el conocimiento y la comprensión de la relación que existe entre las intervenciones y los efectos observados aplicando "reglas de evidencia" científica.

En este artículo nos situamos desde la visión de los profesionales que hemos elaborado y desarrollado este proyecto.

En otro sentido, existen distintos 'puntos de entrada' en la promoción de la salud según pongamos el énfasis en el escenario, la población o el tema que se aborda.

Estos enfoques no son mutuamente excluyentes. **Los escenarios** ofrecen oportunidades de llegar a poblaciones diana específicas, por ejemplo, en relación con los adolescentes, las intervenciones basadas en los centros de enseñanza; en sus redes de asociación o de barrio.

Una orientación a grupos concretos de **población**, como los adolescentes, permite una focalización mejor de los problemas de salud que son más comunes entre los diferentes grupos, pudiendo dar lugar a una participación mayor en las intervenciones. La atención prestada a los problemas sanitarios que

afectan a las poblaciones desfavorecidas puede asimismo alentar intervenciones que aborden determinantes sociales, económicos y políticos esenciales para la salud, como la pobreza, problemas de vivienda, escolarización, maltrato, etc. El éxito aquí se definirá en términos de oportunidades de participación comunitaria, junto con el logro de un cambio en los determinantes estructurales y relacionados con la conducta orientada a la salud.

La concentración en un **tema de salud** específico, como la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, garantiza que una intervención sea abordada de forma más abierta y directa. El éxito en este caso suele definirse por lo general de forma más sencilla en relación con el impacto y el resultado con respecto al problema identificado.

Por ello, es esencial proporcionar un marco que contribuya a definir los resultados asociados a la actividad de promoción de la salud. La tabla I presenta una jerarquía ampliamente aceptada de 'resultados' y sus relaciones con la actividad de promoción de la salud.

Las prácticas organizativas y las políticas públicas saludables son el resultado de esfuerzos destinados a superar las barreras estructurales que impiden la salud. La legislación de control del tabaco en Europa constituye un buen ejemplo de los esfuerzos combinados de la abogacía interna y externa por el cambio político.

Decidir cuál es el mejor punto de partida y cómo se deben combinar las diversas acciones con el fin de alcanzar los resultados deseados de promoción de la salud es esencial para una práctica eficaz de la promoción de la salud.

Un programa típico de promoción de la salud podría consistir en intervenciones dirigidas a los tres factores arriba identificados como resultados de la promoción de la salud. Por ejemplo, un programa que tenga por objeto reducir el consumo de tabaco entre los adolescentes podría consistir en esfuerzos destinados a educar a los jóvenes en relación con las consecuencias negativas del tabaco, en esfuerzos destinados a influir en los padres y en otros modelos de roles sociales con el fin de conseguir que fumar sea menos atractivo / aceptable socialmente para los jóvenes, y en una acción legislativa destinada a limitar el acceso al tabaco y la exposición a su publicidad.

Está implícita la noción de que el cambio a los distintos niveles del resultado tendrá lugar de acuerdo con diferentes escalas de tiempo, dependiendo de la naturaleza de la intervención y del tipo de problema social y sanitario que se aborde. Esto explica también que la relación que existe entre la acción de promoción de la salud y los eventuales resultados de salud sea compleja y difícil de someter a seguimiento.

¹ La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Parte dos. Informe de la Unión Europea.

TABLA I. Un modelo de resultados de la promoción de la salud

Resultados sociales y de salud

- *Resultados sociales*: calidad de vida, independencia funcional, equidad
- *Resultados de salud*: reducción de la morbilidad, discapacidad, mortalidad evitable

Resultados intermedios de salud (determinantes de la salud modificables)

- *Estilos de vida saludables*: consumo de tabaco, elecciones alimentarias, actividad física, consumo de alcohol y drogas
- *Servicios sanitarios eficaces*: prestación de servicios preventivos, acceso a los servicios sanitarios y su adecuación
- *Entornos saludables*: entorno físico seguro, condiciones económicas y sociales que apoyen la salud, buen suministro de alimentos, acceso restringido al tabaco y al alcohol

Resultados de la promoción de la salud (medidas del impacto de las intervenciones)

- *Alfabetización para la salud*: conocimiento relacionado con la salud, actitudes, motivación, intenciones conductuales, habilidades personales, autoeficacia
- *Acción e influencia sociales*: participación comunitaria, 'empoderamiento' de la comunidad, normas sociales, opinión pública
- *Políticas públicas saludables y prácticas organizativas*: declaraciones políticas, legislación, reglamentación, asignación de recursos, prácticas organizativas

Acciones de promoción de la salud (algunos ejemplos)

- *Educación*: educación de los pacientes, educación escolar, comunicación con los medios de comunicación y la prensa escrita
- *Movilización social*: desarrollo de la comunidad, facilitación de los grupos, asesoramiento técnico
- *Abogacía*: lobbying, organización y activismo políticos, superación de la inercia burocrática

Fuente: La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Parte dos. Informe de la Unión Europea.

¿POR QUÉ OCUPARNOS DE LOS ADOLESCENTES?

Podemos seguir tres razones o criterios para hacerlo (Funes Artega, 2000):

- Si nos ocupamos de los adolescentes es porque creemos que en su vida tienen un **conjunto de oportunidades** que si no las descubrieran el resultado cuando lleguen a la juventud, cuando lleguen a ser ciudadanas y ciudadanos, más tarde adultos, sería diferente. Lo que vivan, aprendan o pierdan puede condicionar toda su futuro.
- El segundo criterio, que se puede llamar de **inmunización o de autoprotección**. Cuando hablamos de autoprotección, nos referimos a dotar a los adolescentes de capacidades para decidir, de capacidades para descubrir y gestionar lo que pasa en sus vidas.
- Finalmente el criterio de **experiencia**. A los chicos y chicas adolescentes hay que aportarles nuestra experiencia, sin invadir su vida y sin querer controlarlo todo. Hoy viven muchas experiencias solos, salvo con sus iguales, sin contrastarlas con el adulto.

Diferentes experiencias en Europa y EE.UU. avalan la necesidad y conveniencia de desarrollar centros específicos y "mono-

gráficos" para jóvenes y adolescentes. En el mismo sentido, los objetivos marcados a nivel europeo por la Organización Mundial de la Salud (2001) para los próximos diez años, se establece la necesidad de crear servicios específicos de atención a jóvenes en salud sexual y salud reproductiva en una proporción de un servicio o centro por cada 100.000 jóvenes entre 15 y 24 años.

En una encuesta realizada por el Programa del Adolescente (Brugera, Asolo, Yega y Espinoza, 2001), en un centro educativo de Madrid con 659 adolescentes de 14 a 19 años, cuando les preguntamos acerca de sus intereses o necesidades de salud vemos que valoran la salud como algo importante. A medida que aumenta la edad valoran su estado de salud más bajo (6,37 sobre 10), en especial las chicas. Cuando se sienten mal acuden a la familia o a sus amigos, sólo un 8,5% acude al médico; sin embargo, el 37,2% estarían interesados en consultar con un profesional de la salud. Este interés aumenta con la edad y más en las chicas llegando al 50% en 2º de bachillerato. Los temas que más les interesan consultar son: sexualidad (43%), hábitos de salud (40,6%) y problemas psíquicos y emocionales (35,6%). Los temas de sexualidad y drogas pre-

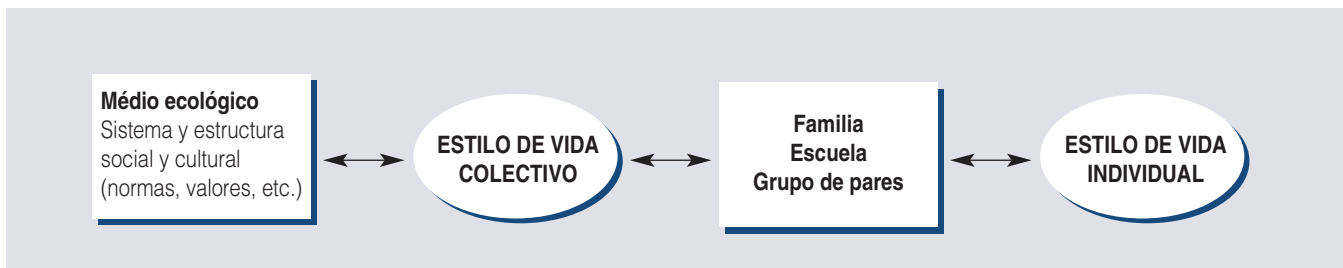


FIGURA 1. Interrelación de los factores macroambientales y microambientales

fieren tratarlos en grupo mientras que los psicoemocionales y familiares, individualmente.

¿CÓMO DEBE ENFOCARSE LA COMPLEJA TAREA DE PROVEER CUIDADOS DE SALUD ADECUADOS A LOS Y LAS ADOLESCENTES?

Primero de todo partimos de la idea de que la salud es integral y, por tanto, debe ser abordada de la misma forma. La salud del adolescente la concebimos dentro del contexto de las interrelaciones dinámicas de tres sistemas básicos: **biológico, psicosocial y ambiental**. Estos procesos sitúan a los profesionales que trabajamos con los adolescentes en la necesidad de concebir las condiciones de salud de los adolescentes como resultado de etapas anteriores y efecto de los factores presentes durante su adolescencia. Por tanto, nuestro programa de salud debe asumir la etapa adolescente dentro de un *continuum* en la vida de las personas.

"La adaptación a la transición adolescente muestra cómo la capacidad para afrontarla es el resultado de un proceso de interacción continua y compleja entre el individuo, la época en la que vive y los factores ambientales y socioculturales que le rodean" (Shorter, 1986).

El término integral nos remite a la **intersectorialidad** y a la **interdisciplinariedad**. Los problemas de los ciudadanos son intersectoriales. Por lo tanto, las soluciones y alternativas también lo tienen que ser. Intersectorialidad significa trabajar conjuntamente con otras áreas municipales como Servicios Sociales, Educación, Juventud, entre otras, así como con otras administraciones o recursos sociosanitarios. En este sentido cobra toda su importancia la creación y participación en mesas y comisiones como soporte de actuaciones conjuntas.

Otro enfoque necesario es el **comunitario**. Por comunitario entendemos la intervención en el conjunto de la colectividad y no exclusivamente en determinados ámbitos o sectores. El contexto ejerce su influencia a partir del entorno macrosocial o ambiente sociocultural en el que se mueven las personas y del cual recibe las influencias y del entorno microsociales o ambiente más cercano, en el que las personas están vinculadas afectivamente y que lo conforman los agentes básicos de socialización: familia, escuela y grupo de iguales (Fig.1).

EL CENTRO MADRID SALUD JOVEN (CMSJ)

Una vez expuesto algunos de los marcos teóricos y criterios generales de los que partimos, presentamos en este artículo cómo lo estamos llevando a la práctica.

El CMSJ depende del Organismo Autónomo Madrid Salud, de la Concejalía de Seguridad y Servicios a la Comunidad del Ayuntamiento de Madrid. Se inaugura en noviembre de 2004 y surge como una necesidad para optimizar la atención que hasta ese momento se daba desde el Ayuntamiento. Las primeras intervenciones con adolescentes y jóvenes se inician en 1984 con algunas consultas jóvenes dentro de los Centros de Promoción de la Salud Municipales. En 1995 se pone en marcha el Programa de Atención Integral para Adolescentes que se desarrolla hasta la fecha en los 14 Centros Madrid Salud. En todo este tiempo el Ayuntamiento desde otras áreas municipales ha puesto en marcha numerosos servicios dirigidos a jóvenes y adolescentes y que se ha plasmado en el Plan Joven recientemente aprobado.

Consideramos que un centro específico, con horarios flexibles (mañana, tarde y fin de semana), con profesionales dedicados exclusivamente a trabajar con la juventud y adolescencia, donde se puedan desarrollar proyectos y programas, que los chicos y chicas identifiquen como propio: es una mejora evidente en la calidad de atención que prestamos desde el Ayuntamiento de Madrid.



FIGURA 2. Centro Madrid Salud Joven

La atención debe ser provista en múltiples niveles:

- En primer lugar, porque los adolescentes frecuentemente se sienten intimidados al compartir servicios dedicados a adultos, e irritados al compartir salas pediátricas, es importante que tengan acceso a programas específicos para ellos. Esto también es útil porque cuando consultan piden confidencialidad.
- En segundo lugar, porque el y la adolescente y joven a menudo es reacio a la visita médica, deben facilitarse las oportunidades de atención en los lugares donde ellos se encuentran (escuela, barrio, asociaciones, trabajo, internet, etc.).

Población diana

La actividad del Centro Joven va dirigida al conjunto de la población adolescente y joven hasta los 25 años, del municipio de Madrid, 461.948 personas (14,4% sobre el total de la población) y a los mediadores sociales (padres, profesores, animadores juveniles, etc.).

Objetivos

- Contribuir a la promoción, prevención y atención de los problemas de salud de nuestra población.
- Impulsar la educación para la salud en los centros educativos.
- Sensibilizar al conjunto de las fuerzas sociales sobre las necesidades de salud de los adolescentes y jóvenes.

Metodología de intervención

El Centro Joven se configura como un espacio de Información, asesoramiento, asistencia, educación para la salud, docencia, investigación y participación.

Algunas de las características a tener en cuenta con respecto al tipo de servicio que damos son:

- Se atiende a adolescentes y jóvenes hasta 20 años. Está comprobado que cuando se comparten horarios y tiempos con otros segmentos etéreos los y las jóvenes tienen dificultades para identificarse y acudir a un centro de salud. Una vez atendidos se mantendrá el seguimiento hasta los 24 años.
- Su ámbito de atención es todo el municipio de Madrid.
- Los profesionales están formados y cuentan con experiencia en trabajar con adolescentes desde diferentes áreas profesionales.
- Una de las características claves de la atención a adolescentes es la confidencialidad, no sólo desde la perspectiva del secreto profesional, sino también del reconocimiento del derecho que tienen los y las adolescentes a ser atendidos, sin el consentimiento de los padres, al considerarles como sujetos maduros y responsables, condición *sine qua non* para conseguir la tan exigida responsabilidad adolescente.
- Se prestará especial atención a evitar las barreras que puedan dificultar su accesibilidad al centro (ver Tabla II).

El primer grupo de posibles barreras tiene que ver con la accesibilidad: la capacidad que tiene el adolescente para retra-

TABLA II. Posibles barreras organizacionales de los Servicios de Salud

Relacionadas con la accesibilidad

1. Tiempos o listas de espera
2. Exigencia de cita previa y/o pasos intermedios
3. Sistemas de recepción rígidos
4. Horarios de atención

Relacionadas con el ambiente profesional

1. Ausencia de confidencialidad y/o anonimato
2. Sala de espera y espacios no específicos o adaptados
3. Personal con déficit de habilidades de comunicación con el/la adolescente
4. Medicalización

Relacionadas con la atención a demandas “urgentes” del/la adolescente

1. Anticoncepción postcoital
2. Pruebas de embarazo
3. Información previa y revisión *post ivae*
4. Otras consultas realizadas como urgencias

...sar o demorar la satisfacción de una necesidad es baja; esto plantea el que tengamos que manejar la recepción para que el tiempo que transcurre entre la solicitud de consulta por los adolescentes y la primera cita en el programa no supere dicha capacidad. Otro tanto ocurre con la cadena de pasos que el o la adolescente ha de dar hasta ver satisfecha su demanda: si aquella es alta o muy rígida (tiene que llamar en una banda horaria estrecha, ser atendido por una persona concreta, realizar un “recorrido asistencial” con trámites o pasos innecesarios para la prestación del servicio, acudir a consulta en horarios no compatibles, etc.) se perderán los adolescentes con menor capacidad para ver demorada la satisfacción de sus demandas, que frecuentemente coinciden con los que presentan un patrón de comportamiento de mayor riesgo.

Un segundo grupo de barreras tiene que ver con el ambiente que va a rodear la atención prestada: la explicitación por parte del profesional del principio de confidencialidad en que se basa su intervención, la existencia de materiales y espacios de espera y atención adecuados para los adolescentes en el Centro de Salud (y que van desde los materiales de la sala de espera hasta los folletos audiovisuales, etc. de las actividades grupales de educación para la salud, pasando por la posibilidad de concentrar una parte central de las actividades programadas en un mismo día de la semana), y la necesaria formación del personal del programa en la relación con los adolescentes (habilidades de comunicación y escucha, reconocimiento de los aspectos emocionales, abordaje de áreas conflictivas, aspectos evolutivos de la etapa adolescente, metodología grupal, etc.).



FIGURA 3.
Propaganda informativa
del Centro Madrid Salud.

Frente al binomio Salud-Enfermedad, que es el que organiza habitualmente la relación entre profesionales y usuarios de los Centros de Salud, el concepto que prevalece en los adolescentes es el de bienestar-malestar por lo que es mucho más adecuado utilizar este concepto como referente para articular la relación entre el Centro de Salud o el Profesional y el o la adolescente.

Un tercer tipo de barreras se puede producir cuando no se gestionan adecuadamente las demandas urgentes que realiza el o la adolescente. Hay que tener en cuenta que un número significativo de adolescentes van a establecer su primer contacto a través de una consulta relacionada con alguna urgencia, sea ésta real o percibida por el adolescente. Conseguir que los y las adolescentes que realizan una consulta “urgente” en el Centro se conviertan en usuarios regulares del mismo, y permanezcan en el Programa, debe de ser un objetivo del mismo. En este sentido uno de los criterios de nuestro centro es que cualquier adolescente que acude debe ser atendido independientemente de la zona en la que viva, de hecho atendemos a muchos jóvenes que vienen de los pueblos de los alrededores de Madrid.

En otro nivel, y de cara a las actividades de difusión-captación, se debe tener en cuenta que la información de que disponen los adolescentes sobre los Servicios de Salud y las creencias que poseen, con frecuencia son un obstáculo más para su decisión de acudir al Servicio. Los estudios epidemiológicos disponibles con población adolescente indican que, sobre todo en algunos problemas de salud, existe una brecha importante entre las necesidades sentidas (demanda potencial) y las necesidades expresadas (demanda real) en este sector de población; y esa brecha se explica en buena medida por la percepción que tienen los adolescentes acerca de los Servicios de Salud y de los mismos profesionales que les atienden.

Por ello, se hace necesario, dar una información clara sobre los servicios que prestan, los pasos o procedimientos para su uso por el y la adolescente, así como enfatizar los aspectos relacionados con la accesibilidad en las actividades de difusión y captación. Disponer de una imagen y un lema y hacerlo familiar y reconocible facilita el contacto Centro y Adolescente.

Conseguido el objetivo de que acudan a la consulta, se hace preciso dar respuestas de calidad en el servicio. En no pocas ocasiones es preciso separar la demanda explícita de la implícita, porque suele suceder que tras la demanda expuesta aparecen otras necesidades o problemas (consciente o no) a las que hemos de dar respuestas. La mejor herramienta metodológica que hemos encontrado para la atención de los y las adolescentes es la entrevista abierta basada en la escucha activa, donde la empatía se nos presenta como la mejor manera de conocimiento e intervención. Cada chico o chica es una persona, una historia que ha de ser abordada de forma personal e individualizada. Las recetas estándar se nos han mostrada limitadas y limitantes. Los y las adolescentes suelen venir acompañados (parejas, amigos, etc.), que en algunas ocasiones pueden ser componentes fundamentales para el diagnóstico y la terapia. Así es imprescindible, dar espacios a los acompañantes, sin alterar la privacidad y confidencialidad de la atención.

Algunos datos del centro

- El equipo está formado por 20 profesionales de diferentes categorías: médicos, enfermeras, ginecólogas, psicóloga, trabajadora social, socióloga, auxiliares y administrativas.
- Estamos acreditados como centro de salud desde abril del 2006 y como punto de vacunación desde abril de 2007.

TABLA III. Organización por áreas de trabajo del CMS Joven

<p>Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud sexual y reproductiva <ul style="list-style-type: none"> – Metodos anticonceptivos – IVE – Consejo VIH – Sexualidad – Violencia de genero – Educación maternal • Salud mental • Alimentación • Consumo de drogas
<p>Educación para la Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talleres EpS en centro educativos o en el CMSJ • Escuela de madres/padres
<p>Participación comunitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proyecto ARI (rehabilitación urbana) • Mesas de salud, prevención, familia-infancia, etc • Puntos de información • Coordinación movimiento asociativo
<p>Formación e Investigación</p>
<p>Publicaciones. Documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de documentación • Web • Folletos • Ponencias y comunicaciones

- Atendemos los 365 días del año.
- Disponemos de los siguientes servicios:
 - Consulta general a demanda y programada de medicina y enfermería.
 - Ginecología de la adolescencia.
 - Atención en salud mental.
 - Consulta de trabajo social.
 - Grupos de educación maternal para adolescentes.
 - Consulta de consejo de VIH/SIDA con extracción de sangre en el centro.
 - Punto de vacunación para corrección de calendario vacunal.
 - Consulta de sexología.
 - Atención a través del correo electrónico (cmsjoven@muni-madrid.es).
- Las actividades del centro están organizadas en las siguientes áreas temáticas indicadas en la tabla III.

Horario

- De lunes a viernes en jornada de mañana y tarde.
 - Mañana de 8,00 a 15,00 h y Tarde de 14,00 a 21,00 h.
- Sábados, domingos y festivos, media jornada.
 - Mañana de 10,00 a 14,00h.

Ubicación

- Navas de Tolosa, 8. Distrito Centro.

DATOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL CMSJ

TABLA IV. Centro Joven. Consulta. Año 2007

	< 21 años	≥ 21 años	Total
Nuevos	7.633	3.497	11.130
Revisiones	10.096	2.908	13.004
Total	17.729	6.405	24.134

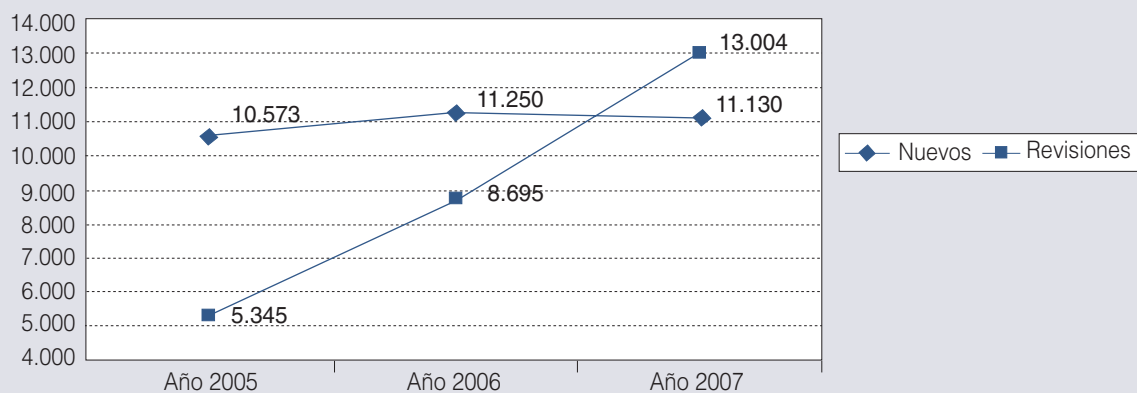


TABLA V. Centro Joven. Atenciones prestadas por tipo de consulta. Año 2007

	<i>Infanto juvenil</i>	<i>Ginecología</i>	<i>Salud mental</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Total</i>
Nuevos	10.454	493	132	51	11.130
Revisiones	8.160	3.021	1.222	601	13.004
Total	18.614	3.514	1.354	652	24.134

TABLA VI. Centro Joven. Motivo de consulta general en menores de 21 años. Año 2007

<i>Motivo de consulta</i>		<i>Usuarios</i>
Imagen corporal	0,98%	163
Relaciones familiares	3,08%	585
Educación trabajo	0,93%	155
Uso sustancias tóxicas	0,25%	42
Emocional	9,23%	1.540
Sexualidad	1,30%	216
Alteración física	1,03%	172
Anticoncepción	11,32%	1.888
Extracciones	2,31%	385
Postcoital	59,58%	9.938
Sospecha gestación	4,02%	670
Ginecología	0,86%	143
ITS	1,08%	180
Información IVE	1,55%	259
Vacunas/inyectables	1,50%	251
Otros/información general	0,57%	94
Total		16.679

DATOS DE ESTRATEGIA EDUCATIVA

Actividades de educación para la salud

- Las actividades se realizan, tanto dentro del Centro Madrid Salud Joven como en el exterior. El aula que tenemos nos posibilita tener jornadas de **puertas abiertas** con talleres regulares un día por semana.
- Los temas más recurrentes en las intervenciones de Educación para la Salud son:
 - Alimentación e imagen corporal.
 - Relajación y habilidades emocionales
 - Educación sexual.
 - Prevención de la violencia de género.
 - Prevención del consumo de drogas.
- Una gran parte de nuestra actividad se desarrolla en apoyar y dar cobertura a las demandas de los Centros Educativos de la zona.
 - Intervención directa con adolescentes en el aula.
 - Orientación a educadores y mediadores juveniles sobre los problemas de salud biopsicosocial de los adolescentes y jóvenes.
 - Distribución entre los educadores y adolescentes y jóvenes de materiales divulgativos: folletos, guías, trípticos informativos, tanto de Madrid Salud como de otras instituciones de los que disponemos de material.
 - Ponemos a disposición el Centro de Documentación con más de 2.000 reseñas.

TABLA VII. Centro Joven. Lugar de procedencia de usuarios. Año 2007

	<i>Madrid</i>	<i>Madrid inmigrantes</i>	<i>Comunidad de Madrid</i>	<i>CM inmigrantes</i>	<i>Otras CC.AA.</i>	<i>Otros países</i>	<i>Total</i>
< 21 años	12.538	2.997	1.120	88	125	77	16.945
≥ 21 años	4.185	1.126	341	45	146	143	5.986

TABLA VIII. Centro Joven. Tipo de atención a usuarios menores de 21 años. Año 2007

<i>Individual</i>	<i>Pareja</i>	<i>Familia</i>	<i>Adolescente + Familia</i>	<i>Mediadores</i>	<i>Adolescentes + Mediadores</i>	<i>Adolescentes + Amigos</i>	<i>Total</i>
10.991	4.307	245	558	69	92	1.420	17.682

TABLA IX. Centro Joven. Educación para la salud en centros educativos. Año 2007

Dirigido a	Nº colegios	Sesiones	Nº personas
Alumnos	13	118	2.966
Profesores	1	1	9
Total	14	119	2.975

TABLA XI. Centro Joven. Educación para la salud en medio comunitario. Año 2007

	Sesiones	Nº personas
Adolescentes	9	82
Mediadores	163	2.342
Total	172	2.424

Actividades de coordinación

- Participamos en los Planes de Infancia y Adolescencia, de Familia y Plan Joven Municipal.
- Colaboramos en especial con los recursos del distrito Centro: mesas de salud y de prevención, con los que hemos organizado las primeras jornadas de salud comunitaria del distrito en el mes de abril, y la mesa de familia e infancia.
- Con las agentes de igualdad.
- Colaboramos con el Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de la Asociación de Planificación Familiar de Madrid, se mantiene una relación positiva de colaboración a través de actividades de formación, derivación de adolescentes, participación en jornadas o apoyo a sus actividades de voluntariado. Tenemos un convenio establecido con financiación de Madrid Salud para la atención en fines de semana.
- Con el SEMSI y con CEPAIM, PAIDEIA, Trama, Retiro 3. Los grupos que ellos llevan pasan con frecuencia por el CMSJ para EpS y ser atendidos en las consultas.
- Tenemos contactos con la Asociación Española contra el Cáncer. Con ellos organizamos todos los años, junto con la Escuela de Sanidad y el Ministerio de Sanidad y Consumo el Día Mundial sin Tabaco.
- Hemos establecido una buena relación con la Sociedad de Medicina del Adolescente de la Asociación Española de Pediatría. En el 2005-06 realizamos varios talleres en el congreso de la sociedad. Formamos parte del Comité de Organización del Congreso que se celebró en marzo del 2006 en Alcalá de Henares.
- Formamos parte del equipo que elabora los programas de formación de la Comunidad de Madrid a través de la Agencia Laín Entralgo para Atención a Adolescentes y Educación para la Salud y a través de la cual hemos impartido tres cursos sobre Consulta Joven y varios sobre Educación Sexual.

TABLA X. Centro Joven. Educación para la salud en el Centro Joven. Año 2007

Dirigido a	Sesiones	Nº personas
Adolescentes con asociaciones	40	599 (9 asociaciones)
Alumnos de centros educativos	21	489 (10 colegios)
Padres y orientadores	31	134
Total	92	1.222

- Para muchos educadores que trabajan en pequeñas asociaciones nos hemos convertido en referencia para derivar o venir a trabajar con sus adolescentes en el centro.

Actividades de investigación y publicaciones

- Se realizan tareas de investigación de ámbito global y sectorial, tanto de carácter cuantitativo como cualitativo. Asimismo, la información relevante que se deriva de la realización de la actividad del CMSJ se publicará en revistas especializadas, se presenta en congresos, jornadas y seminarios relacionados con los adolescentes (Tabla XII).

Publicaciones

- Informe SIAS. Artículo "Adolescencia, Inmigración y Violencia Sexual"
- Revista Pediatría Integral: Artículo "De píldoras, parches y anillos. Anticoncepción: nuevas opciones, nuevos métodos".
- En colaboración con otros autores, artículo "La práctica de los descansos en el uso de anticonceptivos hormonales en España: resultado de cuatro encuestas de ámbito nacional", publicado en Revista Progresos en Obstetricia y Ginecología nº 49. 2006.
- Uso de métodos anticonceptivos por los jóvenes: una fotografía de la realidad española. En: Evolución de la anticoncepción en España: sociedad, salud y medios de comunicación. Aula Médica Ediciones, 2006.

BIBLIOGRAFÍA

- Aláez M, Madrid J, Mayor M, Babín F, Cebrián M. Evaluación de un programa de atención a adolescentes en materia de sexualidad y anticoncepción (Programa Joven de Hortaleza). *Clinica y Salud* 1996; **7** (3): 293-315.
- Amarilla Gundín M. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia". Chiesi España; 2004.
- Antona A, Madrid J, Aláez M. Adolescencia y Salud. Papeles del psicólogo 2003; **84**: 45-53.
- Barranco E. Salud y relaciones afectivas y sexuales adolescentes. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción. Zaragoza: Wyeth-Lederle; 2001.
- Brañas P. Atención del pediatra al adolescente. *Pediatría Integral* 1997; **2** (3): 207-16.
- Brugerá M, Asolo I, Yega M, Espinoza E. Intereses y necesidades de salud en un grupo de adolescentes según sexo y edad. XII congreso nacional de la sociedad española de medicina del adolescente. Libro de ponencias. Pamplona: SEMA; 2001.

TABLA XII. Estudios e investigaciones

<i>Denominación</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Población diana</i>	<i>Nº participantes</i>
Investigación cualitativa sobre la anticoncepción de emergencia	Conocer variables o factores relacionados con la APC	Adolescentes del CMS Joven	20 entrevistas individuales y 2 grupos de discusión
Investigación sobre la percepción de riesgo de VIH en población adolescente residente e inmigrante	Conocer percepción y conocimientos frente a VIH Diferencias entre población residente e inmigrante	Adolescentes CMSJ, Madrid y Granada	Muestra de 3.000 adolescentes
Estudio GRT-BEL 2006	Tolerabilidad y eficacia de un anticonceptivo hormonal de bajo coste conteniendo acetato de clormadinona	Captación y seguimiento de 13 ciclos. 2006/2007	15 casos
Percepción sobre violencia de género en parejas adolescentes	Conocer percepción violencia de genero entre parejas adolescentes	Adolescentes que acuden al CMSJ 240	

- Funes J. Nosotros, los adolescentes y las drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
- Madrid J, Antona A. Programa del Adolescente. Madrid. Ayuntamiento de Madrid. Area de Salud y Consumo; 2000.
- Madrid J. Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva desde un servicio municipal de salud. *Revista de Estudios de Juventud* 2003; **63**: 63-74.
- Madrid J, Antona A. De píldoras, parches y anillos. Anticoncepción: nuevas opciones, nuevos métodos. *Pediatría Integral*; 2006: 12-6.
- Martín M, Velarde O. Informe Juventud en España 2000. Madrid. INJUVE. Ministerio de Educación y Cultura, 2001.
- Neinstein LS. Salud del Adolescente. Barcelona: JR Prous Editores; 1991.
- OMS. Programación para la salud y desarrollo de los adolescentes. Serie de informes técnicos 1999; **886**: 1-17.
- Serrano CV. La salud integral del adolescente. En Manual de Medicina de la adolescencia. Organización panamericana de la Salud. Serie Paltex para ejecutores de Salud nº 20. 587-600. Washington, D.C.: Organización mundial de la Salud;1992.
- Serrano I. Educación para la Salud y participación comunitaria. Una perspectiva metodológica. Madrid: Díaz de Santos; 1990.
- Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suárez E. Manual de Medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de Salud,1992.

Proyecto de asistencia al adolescente a través de un programa de regionalización y estandarización de las estrategias de intervención. De Italia a Europa

G. Raiola

Presidente S.I.M.A. (Sociedad Italiana de Medicina de la Adolescencia)

La adolescencia se puede definir como «el período de la vida de un individuo cuyo inicio coincide con la aparición de los primeros signos morfofuncionales y/o psicosociales de maduración puberal y cuyo fin coincide con la llegada a la mayoría de edad»; sin embargo, actualmente se considera que la edad con la que termina la adolescencia es poco definible en términos cronológicos, ya que puede superar la conclusión de la que comúnmente es definida como «edad evolutiva» (es decir, 0-18 años) a consecuencia de condiciones médicas o psicosociales que retrasan la adquisición de la independencia típica del sujeto adulto. Por ello, se ha realizado una modificación de los límites cronológicos de esta franja de edad, de manera que algunas sociedades científicas tienden a prolongar la adolescencia hasta la tercera década de vida (Tabla I).

Así pues, la adolescencia representa la edad de paso de la infancia a la edad adulta, inserta en un *continuum* que no cuenta con divisiones cronológicas bien definidas. En esta fase de la vida se cumple un proceso de maduración biológica relacionado con profundas modificaciones del ajuste hormonal y, contemporáneamente se experimenta una evolución del pensamiento cognitivo y moral; en su conjunto, tales procesos finalizan con la adquisición de la fertilidad y la plena inserción en la sociedad de los adultos. Por tanto, las condiciones médicas o psicosociales que alteran el transcurso fisiológico de la adolescencia pueden tener repercusiones negativas, no sólo en esta edad, sino en toda la vida posterior.

Utilizando los límites indicados en Italia, es decir, entre los 11 y los 18 años, según los datos ISTAT sobre la población residente, el 1 de enero de 2005 vivían en este país unos 4 millones y medio de adolescentes, lo que equivale al 8 % de la población, aproximadamente.

Cabe subrayar que de éstos, cerca del 9% están afectados por, al menos, una enfermedad crónica, porcentaje que aumenta hasta cerca del 12% si se considera la franja de 14 a 19 años. Se debe también tener en cuenta un fenómeno completamente nuevo representado por el hecho de que, ya a esta edad, el 2% de los adolescentes están afectados por dos o más enfermedades crónicas, en parte como consecuencia de la posibilidad de curación para patologías hasta hace poco precozmente mortales. Otro fenómeno completamente emergente es el representado por el carácter multiétnico de la población adolescente actual, que tiene implicaciones asistenciales y psicoeducativas importantes, también como desafío a la integración de culturas y tradiciones diferentes.

TABLA I. Límites cronológicos de la adolescencia

Organización	Años	Límites (años)
Organización Mundial de la Salud	1975	10-20
Sociedad Italiana de Pediatría	1995	11-18
Academia Americana de Pediatría	1995	11-21
Sociedad de Medicina Adolescencia EE.UU.	1995	10-25

Los datos sobre la «situación sanitaria del país» (Ministerio de Sanidad, 2006) demuestran además una situación preocupante por lo que respecta a los comportamientos sexuales de riesgo, las enfermedades de transmisión sexual y el abuso de alcohol, tabaco y drogas, para las cuáles se ha puesto de manifiesto, además de una mayor tolerancia entre los jóvenes, también una edad de inicio de tales comportamientos más temprana, lo que sugiere que los programas de prevención utilizados hasta hoy no han dado los resultados esperados. También es evidente en la crónica diaria el problema cada vez más extendido del acoso escolar que desemboca, cada vez más a menudo, en actos de verdadera criminalidad infantil.

Inserta en el concepto de «promoción de la salud» está la necesidad de intervenir para impedir o limitar la realización o difusión de hechos desfavorables o perjudiciales mediante la acción preventiva. Así, es precisamente en el ámbito de la adolescentología donde el pediatra debe redescubrir y valorizar su papel como «*médico del desarrollo y de la educación*», término con el que ha sido identificado por la Organización Mundial de la Salud. Esto debería llevarse a cabo con el cuidado del niño (*care*) y educándolo para que dirija su propia vida de modo que sepa reconocer y evitar las principales situaciones de riesgo capaces de comprometer su salud (bienestar físico, psíquico y social).

Actualmente, las nuevas estrategias de prevención deben orientarse hacia el descubrimiento y la potenciación de los recursos personales y sociales propios de cada individuo; el objetivo es poner en el centro del itinerario al adolescente en toda su integridad psicofísica, superando los «viejos» programas centrados en las enfermedades y las situaciones de riesgo, y orientando principalmente la prevención hacia el

apoyo a las necesidades naturales del crecimiento, más que únicamente a la reducción de los factores de riesgo y a las consecuencias sociales del propio comportamiento.

Para conseguir ese objetivo es fundamental cambiar la formación de los operadores, que deberían ser capaces de ofrecer «motivaciones reales para inducir a los jóvenes a modificar los comportamientos individuales», y ayudarles en su crecimiento humano y social, prestando especial atención a los sujetos que parecen tener mayor riesgo psicosocial.

Sin embargo, resulta difícil realizar una formación adecuada según estas nuevas modalidades en medicina de la adolescencia en el ámbito de la formación curricular del médico (curso de licenciatura especializada en medicina y cirugía, escuela de especialización en pediatría o curso de formación para médicos de medicina general).

Desde el punto de vista asistencial, la situación no es mejor. Los datos epidemiológicos indican que más del 85 % de los adolescentes italianos de más de 14 años son ingresados en secciones para adultos, que no son las idóneas para sujetos en fase de crecimiento. Los que son ingresados en el área pediátrica son asistidos junto a los niños pequeños, es decir, en espacios inadecuados para sus necesidades de intimidad y crecimiento. A nivel territorial, los cerca de 7.400 pediatras de familia asisten a menos del 50 % de los adolescentes con edades entre los 11 y los 14 años, y sólo poquísimos después de esta edad; los restantes están a cargo de médicos de medicina general o, a menudo, sólo de servicios de urgencia (urgencias, médicos de guardia), que, obviamente, no pueden garantizar actividades de responsabilidad y prevención. Los chavales con patología crónica tienen una asistencia fragmentada entre centros especialistas y territoriales, a menudo sin ninguna conexión entre los distintos servicios. La medicina académica ha sido abolida en la mayor parte del país y la pediatría de comunidad es una realidad muy escasa.

Encontrar soluciones a estas carencias no es sencillo ni realizable a corto plazo, pero resulta indispensable afrontar de forma orgánica y colegiada el problema de los sistemas asistenciales y trazar una línea programática clara y común, que pueda concretarse en programas de prevención y modelos de toma de responsabilidad para con el adolescente.

La Sociedad Italiana de Medicina de la Adolescencia (SIMA) propone que:

1. Desde el **punto de vista formativo**, para llenar las lagunas existentes y asegurar competencias homogéneas en este sector a lo largo de todo el territorio nacional, la adolescentología médica debe tener un papel preeminente en los programas de Educación Médica Continua (ECM), tanto para pediatras como para los otros profesionales y operadores sanitarios que se ocupan de adolescentes; en la programación y realización de tales programas resulta fundamental el aporte de la Sociedad Italiana de Medicina de la Adolescencia (SIMA) para el *background* cultural y la experiencia adquirida en este ámbito en más de 13 años de actividad.

2. Desde el **punto de vista asistencial**, se propone un modelo de organización articulado a dos niveles:

- **Primer nivel**, identificable con los médicos de Atención Primaria y los Servicios Territoriales, con tareas de educación sanitaria, prevención, filtro y, cuando es posible, tratamiento de las condiciones más comunes en la edad adolescente, tanto en ámbito individual como colectivo, con especial atención al mundo de la escuela.

A nivel de la Atención Primaria, además, se debería desarrollar un «Proyecto de Sanidad Adolescente», que incluya la ejecución de evaluaciones de salud dedicadas a edades de filtro, entre otras cosas a través de la modalidad de llamada activa. Estas evaluaciones deberían sustituir antiguas formas de interceptación de las patologías adolescentes, en la actualidad eliminadas, y que normalmente llegaban demasiado tarde o estaban dedicados sólo a parte de la población (por ejemplo, la revisión médica previa al servicio militar o «*visita di leva*»).

Para llevar a cabo estas funciones, los operadores implicados (pediatras de familia, médicos de medicina general, pediatras de comunidad, enfermeros pediátricos, etc.) deberán contar con conocimientos específicos y competencias de adolescentología, acreditados por itinerarios ECM, certificados por la SIMA en concierto con las instituciones sanitarias nacionales.

- **Segundo nivel**: éste es identificado en estructuras multidisciplinarias localizadas en el interior del área pediátrica, que deberán activar, además de servicios ambulatorios y hospitales de día, un número adecuado de camas para adolescentes en áreas de hospitalización específicas, programadas en función de datos epidemiológicos regionales. Tales estructuras deberán estar dirigidas por un pediatra de reconocida competencia en medicina de la adolescencia, sobre la base de un itinerario de acreditación marcado por la SIMA y validado por las instituciones sanitarias.

Este segundo nivel tiene también tareas de producción de cultura y colaboración con las estructuras de primer nivel que se ocupan de adolescentes en un modelo integrado en red.

3. Se deben instituir modalidades programadas de paso asistencial (**transición**) entre los servicios pediátricos y los servicios de adultos.

Esta fase de transición (entre pediatra de familia y médico de medicina general) deberá gestionarse mediante protocolos, reconocidos en ámbito de contratación nacional, que permitan al nuevo médico, además del cuidado del adolescente, la adquisición de información cierta, no sólo sobre su estado de salud, sino también sobre los aspectos de tipo social y relacional más relevantes. El segundo nivel asistencial deberá proceder a la transición de los adolescentes afectados por patologías crónicas complejas, que precisan de ser atendidos por centros especialistas de adultos, siguiendo itinerarios acreditados.

En conclusión, para alcanzar los objetivos indicados son necesarias las siguientes condiciones fundamentales:

1. Adecuada competencia adolescentológica.
2. Formación continua de los operadores.
3. Atención, servicios de red, también mediante la estructuración de una nueva medicina académica que desarrolle según el modelo de las clínicas escolares experimentadas con éxito en otros países.

Además, los programas de prevención deberían basarse en el concepto de que el crecimiento de una conciencia colectiva e individual presupone una maduración cultural alcanzable sólo a través de la implicación activa en ámbito familiar, académico y social.

El trabajar a diario con los adolescentes nos ha enseñado y nos enseña que los chavales están muy atentos a los problemas médicos y sociales que les afectan, con una gran sensibilidad que hay que analizar, dirigir y valorizar, de modo que no se disperse por la falta de información y una forma-

ción inadecuada. En efecto, los propios jóvenes son un recurso precioso que puede y debe contribuir positivamente a la resolución de muchos problemas; por este motivo es indispensable que se vean implicados en las actividades de prevención destinadas a ellos.

En conclusión, con el fin de obtener una mejora concreta de la salud del adolescente, se piden, como puntos prioritarios e irrenunciables:

- El aumento de la edad pediátrica de 14 a 18 años en todos los ámbitos asistenciales.
- La implicación de la SIMA, en calidad de sociedad científica de referencia, en todas las futuras iniciativas sobre los proyectos de salud para esta franja de edad.
- La posibilidad de activar ventanillas SIMA en las escuelas, en los consultorios juveniles y en todos los espacios de agrupación juvenil que se muestren disponibles a un esfuerzo constructivo para la mejora del estado sociosanitario de nuestros jóvenes.

El adolescente como enfermo crónico

Enfermedad crónica en el adolescente. Aspectos generales

J.L. Iglesias Diz

Adjunto Clínico (Facultativo de Área) de Pediatría. Adscrito al área de Escolares-Adolescentes. Servicio de Pediatría Hospital Clínico Universitario de Santiago (CHUS)

INTRODUCCIÓN

La enfermedad que persiste en el tiempo con mayor o menor afectación de la actividad normal del adolescente constituye un reto no sólo para estos pacientes y su familia sino también para el conjunto de la sociedad. Los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y especialistas en los más diversos campos de la medicina participan en la atención del enfermo crónico. Además las distintas administraciones sanitarias, de trabajo y asuntos sociales deben estar sensibilizadas para crear las condiciones que favorezcan la atención a unos enfermos que pasan una parte muy importante de su tiempo demandando asistencia multidisciplinar.

La enfermedad crónica altera el desarrollo normal bio-psicosocial del adolescente y, aunque muchos de los problemas crónicos son leves y bien asumidos por los pacientes, una proporción nada desdeñable llega a producir discapacidades que conllevan una minusvalía y una grave alteración de la calidad de vida.

La complejidad y variedad de las distintas enfermedades crónicas en la niñez y adolescencia contrastan con la mayor definición del tipo de enfermedades crónicas del adulto la mayoría muy comunes (hipertensión arterial, diabetes, artropatías, etc.), lo que permite un mejor conocimiento de éstas por parte del médico y la aplicación de protocolos consensuados y bien establecidos; por el contrario en los menores esto se hace muy complicado sobre todo cuando se trata de enfermedades raras; en estos casos el pediatra se encuentra en una posición difícil porque no suele tener experiencia y esto es para los padres –que no comprenden que el médico no conozca o sepa de la enfermedad– un motivo de incertidumbre y ansiedad. Por otra parte las instituciones y la propia sociedad están más informadas de los problemas que sufren los adultos, se dispone de mas recursos, pero no tienen la misma información sobre los problemas crónicos de los adolescentes y las familias de éstos se encuentran con serias dificultades para conseguir una atención adecuada, lo que crea en ellos un sentimiento de desamparo. Muy frecuentemente es la familia y aun el propio paciente los que asumen el peso de los cuidados del enfermo, carentes de la orientación de un profesional que pueda coordinar los controles médicos, la conexión con especialistas, evitando un importante dispendio económico y de pérdida de horas de trabajo para esas familias. El pediatra y el médico de familia son los coordinadores ideales, ellos son los que detectan la aparición de un proceso intercurrente, un agravamiento o reactivación del proceso crónico, que juzgan la conveniencia de su envío al especialista y que ayudan a la integración psicosocial; pero es necesario que estos profesionales dispongan de las condicio-

nes de espacio, tiempo, apoyo institucional y medios necesarias para cumplir esta función clave en el buen control de la enfermedad crónica.

Hoy, más que carencias en medios y recursos humanos, carecemos de una clara política de atención global del adolescente con EC y de una coordinación de esos recursos.

Es urgente esta tarea y a todos nos incumbe. El progreso de la medicina ha aumentado la supervivencia de pacientes con enfermedades que en otro tiempo eran mortales, generando problemas nuevos, nuevos retos que tenemos que combatir y nuevas necesidades que debemos atender.

La enfermedad crónica produce una sobrecarga en el enfermo y su familia más que por las características de la propia enfermedad por la cronicidad, por esa persistencia en el tiempo que impide una adaptación adecuada y produce una alteración en el desarrollo del adolescente y también en la dinámica familiar.

En la EC debemos considerar los aspectos terminológicos siguientes:

- La enfermedad específica con sus características sintomáticas.
- La limitación funcional derivada de la enfermedad.
- Impacto social: discapacidad que es la consecuencia social de padecer la enfermedad.

Más que una categorización biomédica de la enfermedad crónica se impone una actuación más amplia bio-psico-social: el potencial de rehabilitación y recuperación están relacionados con la motivación, autoestima y funcionamiento psico-social del paciente y su núcleo familiar.

EPIDEMIOLOGÍA

Existen diferencias importantes entre la EC del niño y adolescente y los adultos. Mientras que en éstos el grupo de enfermedades crónicas es menor y son conocidas (hipertensión, diabetes) en aquéllos el número de enfermedades crónicas es mucho mayor, el nombre de muchas de ellas es extraño para la familia y mientras que el médico general conoce bien las principales enfermedades crónicas del adulto y puede ponerse al día sobre su tratamiento y cuidados, el pediatra se encuentra muchas veces sin experiencia en la amplia variedad de "enfermedades raras" con las que puede encontrarse. Incluso una enfermedad como la diabetes, considerada como frecuente (1 x 1.000), tiene una tasa mucho menor que en los adultos.

Se estima que entre un 7 a 10% de la población juvenil está afectada por una EC. El asma y las enfermedades alérgicas son las más frecuentes y le siguen los trastornos neurosenso-

riales (epilepsia, parálisis cerebral). otros son la obesidad y los trastornos mentales (SHDA, depresión). Más del 60% de las incapacidades son motoras y de éstas el 40% son permanentes. Se considera que hasta los 16 años un 2% de niños y adolescentes padecen cierto grado de limitación en sus actividades.

Por otro lado el *National Health Interview Survey* del año 94-95 (EE.UU.) indica que entre el 15 y 18% de los niños y adolescentes tienen algún tipo de enfermedad crónica incluyendo alteraciones físicas, del desarrollo, trastornos del aprendizaje y enfermedades mentales primarias. Si se suman otro tipo de enfermedades frecuentes como alergias, alteraciones auditivas u oculares, etc, la frecuencia se sitúa en el 30%. Un 6 a 7% tienen alguna limitación de la actividad por una EC y un 1 a 2% la enfermedad afecta como para ser considerada discapacidad. De este último porcentaje el 40% eran trastornos del desarrollo y aprendizaje, el 35% EC físicas y el 25% enfermedades mentales.

CLÍNICA. ASPECTOS GENERALES

Las EC presentan una sintomatología común a todas ellas que afecta a la esfera bio-psico-social del paciente y síntomas específicos derivados de las características de cada enfermedad.

Las enfermedades crónicas más graves (2%) producen un gasto sanitario superior al 35% del total, a pesar de esto el peso del cuidado recae generalmente en la familia suponiendo para ella una carga muy importante que repercute en su dinámica y economía.

Los niños y adolescentes con EC tienen **múltiples cuidadores** (pediatras, subespecialistas: dentista, reumatólogo, neurólogo, etc.) y cuando acuden a ellos los padres y pacientes reciben con frecuencia mensajes distintos cuando no contradictorios generando angustia y confusión. Es necesario que el Pediatra y Médico de Familia adopten el papel de catalizador de toda la información para transmitir un discurso coherente y de apoyo a las familias y enfermos.

La enfermedad crónica a veces es una **enfermedad rara** lo que produce un aislamiento familiar ante la falta de experiencia y conocimiento de los profesionales para el control y tratamiento del problema.

El **curso de la enfermedad** puede ser impredecible en cuanto a supervivencia, recaídas, complicaciones y efecto sobre el desarrollo lo que crea incertidumbre. Muchas enfermedades y sus **tratamientos o los procedimientos son dolorosos** con lo que aportan una carga adicional de estrés.

También la EC en muchos casos el paciente precisa de hospitalizaciones largas o cortas pero frecuentes con la consiguiente interrupción de su actividad escolar y social lo que condiciona un desajuste con sus pares y el desarrollo educativo entre otros problemas.

La enfermedad se convierte en omnipresente en la vida cotidiana del niño y adolescente y ello crea un estrés adicional y unas demandas extraordinarias sobre las familias que los niños y adolescentes sanos no tienen.

REPERCUSIÓN PSICO-SOCIAL Y PSICOPATOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

La EC puede interferir en el desarrollo físico y psico-social del adolescente en los aspectos de dependencia-independencia, relación con sus compañeros, aspecto físico e identidad:

Dependencia de los padres retrasando la autonomía del joven y su adaptación a nuevas etapas del desarrollo. También se va a ver afectada la relación con sus iguales, un aspecto de suma importancia en el desarrollo psico-social, en la que influirán las dificultades físicas o psíquicas. El **aspecto físico** tan importante para el equilibrio psicológico y el desarrollo de autoestima puede estar afectado con la consiguiente dificultad de adaptación entre los compañeros de edad y el entorno social. Por último el desarrollo de la identidad se puede ver seriamente alterada por la dificultades en conseguir objetivos similares a los compañeros sanos de su edad y plantear dudas respecto a su futuro lo que puede condicionar conductas patológicas: agresividad, histrionismo, consumo de sustancias, etc.

Aunque la mayoría de los niños y adolescentes que padecen una enfermedad crónica no presentan trastornos psiquiátricos de relevancia clínica, tienen un mayor riesgo de desarrollarlos o al menos de presentar problemas psicológicos asociados (Vitulano & Lewis, 2003).

En su mayor parte el tipo de alteraciones psíquicas relacionadas no son trastornos severos, sino dificultades adaptativas al padecimiento de la enfermedad crónica y la situación que implica para el afectado con síntomas conductuales y/o emocionales. Así los problemas psicológicos y áreas de preocupación más habituales para los profesionales de salud que trabajan con este grupo de pacientes son problemas internalizados (miedo, indefensión, frustración, desesperanza, ansiedad, depresión), problemas externalizados (aislamiento, oposicionismo o rebeldía, agresividad), aspectos relacionados con el autoconcepto (mala autoimagen, baja autoestima) y dificultades educativas y sociales (problemas académicos y del aprendizaje, competencia social deficiente o disminuida).

Los factores implicados en la aparición de estas alteraciones son numerosos, e interaccionan entre sí de forma compleja. Entre los factores de riesgo algunos tienen que ver con aspectos relacionados con el proceso diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de base, otros con las características específicas de la enfermedad y su repercusión en la vida del paciente, otros con aspectos que tienen que ver con él mismo, y otros con las repercusiones y respuesta de su entorno familiar y contexto social más amplio. En el otro lado de la balanza, se sabe que algunos otros factores del paciente y de su entorno promueven un mejor afrontamiento y adaptación al trastorno físico, y pueden ser por tanto **factores protectores** frente al desarrollo de psicopatología.

Aunque su conocimiento preciso y el de los mecanismos de interacción entre ellos para dar lugar a una determinada respuesta adaptativa distan de ser completos, entre los más frecuentemente señalados se encuentran:

- **Factores relacionados con el proceso diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad crónica.**

El proceso diagnóstico puede jugar un importante papel en la capacidad del paciente y de sus padres para adaptarse a la enfermedad, y son varios los factores que pueden intervenir, como el tiempo que se tarde en establecer el diagnóstico de la enfermedad, el grado de certeza sobre el mismo, la información que se aporte, la sensibilidad con que se transmita el diagnóstico y sus implicaciones, los procedimientos utilizados en el mismo y el abordaje terapéutico del trastorno (más o menos cruentos o dolorosos, necesidad o no de hospitalizaciones múltiples o prolongadas...).

- **Factores relacionados con la propia enfermedad y sus consecuencias.**

- *Interferencia funcional en la vida del paciente:* el grado de discapacidad asociado al padecimiento de una enfermedad crónica puede influir de forma importante en la aparición de alteraciones psíquicas comórbidas y en la adaptación a largo plazo a la misma, y varía mucho en función del trastorno de que se trate y, dentro de cada trastorno, de su severidad. Además el impacto de la discapacidad asociada sobre el paciente que la padece está mediatizado por su edad, de modo que sus repercusiones sobre actividades cotidianas en términos de relaciones familiares, autonomía/independencia, vida académica o vida social adquieren distinta significatividad en virtud de la etapa de desarrollo en que se encuentre.

- *Impacto en el aspecto físico:* una de las preocupaciones más habituales de los jóvenes que padecen una enfermedad crónica es el grado en que la misma los hace diferentes a sus iguales, y a este respecto son especialmente relevantes las diferencias que se deriven en su aspecto físico, que pueden resultar en una peor imagen y valoración personal y un menor sentimiento de autoestima, habiéndose sugerido que aquellas enfermedades que conllevan deformidades o alteraciones físicas aparentes se asocian a una mayor vulnerabilidad emocional (Breslau & Marshall, 1985).

El impacto psicológico de este aspecto también varía atendiendo a la edad del paciente, de modo que es habitualmente menor en niños pequeños y va adquiriendo mayor relevancia conforme aumenta la edad y se va haciendo más importante el grupo de iguales, con un máximo impacto en la adolescencia, donde tanto el aspecto físico como el grupo de iguales son aspectos centrales de la valoración personal, y donde por tanto los afectados de problemas importantes en su apariencia física muestran más a menudo alteraciones consecuentes en la adaptación emocional.

- *Curso de la enfermedad* (persistencia de los síntomas, severidad, esperanzas de recuperación y riesgo vital): el impacto emocional de padecer una enfermedad crónica está en cierta medida modulado por su curso, de modo que suele ser menor en los casos de alternancia de períodos prolongados libres de síntomas con perío-

dos sintomáticos escasos y poco severos, y mayor si el curso es progresivo y conlleva un riesgo vital para el paciente, lo que supone un reto adicional para la adaptación psicológica del paciente y sus familias. Sin embargo, aunque parecería de esperar que los trastornos que siguen un curso crónico sin períodos asintomáticos tuviesen en general un mayor impacto sobre la adaptación emocional de los pacientes que los que alternan períodos sintomáticos con otros libres de síntomas, hay pocas evidencias de que la cronicidad en sí misma sea un factor que determine en gran medida tal adaptación (Mrazek, 2002).

- **Factores relacionados con el paciente.**

- *Características sociodemográficas:* se ha sugerido que la adaptación emocional al padecimiento de una enfermedad crónica podría ser peor en los varones que en las mujeres (Goodman, 2001).

La influencia de la edad de inicio de una enfermedad crónica sobre el paciente está mejor documentada, y debe contemplarse desde una perspectiva evolutiva, no sólo porque el concepto de enfermedad y la capacidad para entender sus implicaciones evolucionan con la maduración cognitiva, sino también porque sus repercusiones son diferentes según la etapa de desarrollo en que se halle. Así, las situaciones que interfieran con un adecuado establecimiento de vínculos afectivos son de notable importancia en los primeros años de la vida, tal y como han puesto de manifiesto diversas investigaciones sobre las separaciones de figuras primarias en hospitalizaciones, y dado que las alteraciones en la formación de relaciones primarias de vínculo entre los 6 meses y los 4 años de edad han demostrado tener efectos persistentes que afectan particularmente al establecimiento de relaciones afectivas estrechas en etapas posteriores de la vida. Durante la infancia media se cree que son estresantes particularmente intensos las enfermedades que interfieran notablemente con la participación del niño en los acontecimientos familiares y escolares ordinarios, mientras que durante la adolescencia son particularmente problemáticos los trastornos que interfieran con el proceso de establecimiento de una mayor independencia o de relaciones de intimidad con el sexo opuesto.

- *Características y recursos personales:* el temperamento previo, el estilo cognitivo y emocional de funcionamiento, la inteligencia o la capacidad de afrontamiento y resolución de problemas son todos aspectos que se han encontrado relacionados con la respuesta y adaptación a diversos acontecimientos vitales estresantes, pudiendo constituirse en factores de riesgo o en factores protectores para el desarrollo consecuente de psicopatología.

- **Factores familiares y del entorno social más amplio.**

- *Respuesta familiar:* tanto el funcionamiento familiar general como las reacciones y respuestas familiares son factores de gran importancia en la adaptación del niño o adolescente al padecimiento de una enfermedad crónica,

pudiendo actuar como factores de riesgo o como factores protectores frente a la aparición de alteraciones psíquicas consecuentes tanto en el hijo afectado como en otros hijos de la familia (que pueden verse también afectados en múltiples formas, como un menor apoyo afectivo, una menor supervisión y control, etc.).

Algunos de los aspectos implicados podrían ser, dentro del funcionamiento familiar general, la presencia previa de psicopatología en los padres o su estilo general de afrontamiento de situaciones (por ejem., en términos de calidad de comunicación, niveles de apoyo..), y dentro de la respuesta familiar al trastorno, la influencia del mismo en los progenitores (por ejem., desarrollo secundario de psicopatología en los padres) y en sus relaciones conyugales y familiares (el proceso es bidireccional; no sólo las características familiares influyen en la adaptación del niño a un trastorno crónico, sino que este padecimiento también afecta a las circunstancias familiares, lo que puede repercutir secundariamente por esta vía en el afectado), o la capacidad de la familia para evitar patrones de relación perjudiciales (por ejem., sobreprotección excesiva) o para moldear su respuesta en función de las necesidades evolutivas del paciente (por ejem., una estrecha supervisión y control en un niño puede no ser apropiada cuando el afectado alcanza su adolescencia).

- *Factores sociocomunitarios*: la calidad y disponibilidad de recursos y sistemas de apoyo comunitarios, como por ejemplo asociaciones de afectados, también pueden en muchas ocasiones facilitar la adaptación y afrontamiento de los afectados y sus familias al padecimiento de trastornos severos de curso crónico.

TRATAMIENTO

Es necesario conocer las estrategias generales que puedan servir para ayudar al paciente y a su familia como conducir el largo proceso que viven juntos. Cada enfermedad tiene sus peculiaridades que exigen del Pediatra un conocimiento y dedicación importantes porque él debe ser el eslabón que una toda la cadena de ramificaciones que son los distintos servicios, especialistas, ayudas que el enfermo puede necesitar.

Existe un error común que consiste en privilegiar la atención del EC en Hospitales Terciarios, cuando la mayoría de estos enfermos necesitan poca intensidad tecnológica y sí un guía que organice e informe de las variaciones propias de la complejidad de algunas enfermedades. Repetiremos aquí que la categorización biomédica es inadecuada. Necesitamos que el pediatra y médico de familia sean la punta de lanza de un enfoque bio-psico-social porque al final las familias son las que llevan el peso de la enfermedad y de la toma de decisiones y

los médicos debemos ayudar con nuestro trabajo, conocimientos y dedicación en esa ingente tarea.

Los objetivos generales del tratamiento son:

1. Control médico óptimo.
2. Procurar la máxima autonomía del paciente en el tratamiento.
3. Comprensión de la enfermedad por el paciente y su familia. Aceptación del diagnóstico y consecuencias futuras. Atención al impacto de la enfermedad en el sistema familiar.
4. Búsqueda de la obtención del máximo potencial funcional, educativo, de ocio y físico posible.
5. Estímulo de la autoestima y resiliencia.
6. Atención a los recursos familiares, amistades, profesionales y del entorno: ayudas económicas locales (Ayuntamiento, Seguridad Social, Ministerios).
7. Ayudas profesionales: subespecialistas, psiquiatra, psicólogo, trabajadora social, educadoras, "cuidador del cuidador", rehabilitador, cuidados de enfermería etc.
8. Planificación de la educación: contacto con profesores y tutores, explicación de la enfermedad. Controles mínimos en el colegio.
9. Desarrollo psicossocial. Sexualidad.
10. Espacio y tiempo para padres y hermanos. Reconocer la necesidad de ayuda.
11. Participar en Asociaciones con problemas similares.

Si coordinamos nuestros esfuerzos para lograr una adecuada calidad de vida de estos pacientes y sus familias habremos logrado superar el reto que supone la enfermedad crónica. Una sociedad que dispone de los medios económicos y humanos para una atención excelente debe implicarse en uno de los problemas de mayor repercusión socio-sanitario actual y que se acrecentará probablemente en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Korin D. Enfermedades crónicas de los pacientes adolescentes. En: Silber TJ; Munist MS; Magdalena M; Suárez Ojedfa EN, eds. Washington: Manual de Medicina del Adolescente; 1992. p. 325-40.
2. Meijer SA; Sinnema G. Social functioning in children with a cronical illness. *J Child Psychol Psychiat* 2000; **41** (3): 309-17.
3. Mrazec D. Psychiatric aspects of somatic disease and disorders. En: Rutter M, Taylor E, eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4ª Ed. Oxford: Blackwell Science 2002. p. 810-27.
4. Perrin James M. Alteraciones del desarrollo y enfermedades crónicas. En Bergman, Kiegman, Jonson Eds. *Tratado de Pediatría*. 17ª Ed. Madrid: Nelson; 2004. p. 135-8.
5. Pou J. El niño y la Hospitalización. Callabet J, Comellas MJ, Mardomingo MJ, eds. *El entorno social del niño y el adolescente*. Barcelona: Laertes 1998. p. 65-71.
6. Iglesias Diz JL, Mazaira Castro JA. Enfermedad Crónica. Curso de formación continuada en Psiquiatría Infantil. *Pediatría Integral*, 7ª entrega. 2006; 20-30.

Asma y sus implicaciones

M. Praena Crespo

Pediatra. Centro de Salud La Candelaria. Sevilla. Profesor Asociado de Pediatría

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa un período de cambios rápidos que afecta a las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de las personas. Los adolescentes pueden sufrir cualquier enfermedad crónica y el asma es una de las más frecuentes, por lo que su estudio y asistencia es de especial interés para los pediatras. La manera de reaccionar frente a ella tiene unas connotaciones particulares en esta edad del desarrollo, que sumado al desconocimiento y una serie de falsos mitos sobre la enfermedad, pueden influir negativamente en su control. Conocer la problemática del asma en la adolescencia facilita el desarrollo de estrategias para ayudar de manera efectiva a nuestros adolescentes.

PREVALENCIA DEL ASMA EN LA ADOLESCENCIA

El Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia (ISAAC), es un proyecto mundial de investigación sobre la prevalencia y factores de riesgo asociados a asma y enfermedades alérgicas en la infancia. En su tercera fase que acaba de terminar, se han puesto de manifiesto algunos cambios en el incremento de la prevalencia del asma en los últimos años, sobre todo en las edades de 6 a 7 años. Sin embargo en los adolescentes españoles de 13-14 años, la prevalencia se ha mantenido igual en una cifras del 7,1 a 15,3%, según las zonas en las que se ha realizado el estudio⁽¹⁾. El asma es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en la edad pediátrica y disminuye la calidad de vida de un elevado número de niños, adolescentes y de sus familias, por la morbilidad, evitable en muchos casos y supone un consumo de numerosos recursos sanitarios.

CAMBIOS EN LA CLÍNICA DEL ASMA EN LA ADOLESCENCIA

El asma se considera una enfermedad crónica que no tiene cura, pero que se puede controlar. Sin embargo, en la infancia esta afirmación tiene sus matices, ya que al llegar la pubertad puede haber algunos cambios que el pediatra tiene que conocer y estar preparado para comentar con el adolescente y la familia, cuando surgen dudas respecto a la evolución del asma.

¿Se cura el asma al llegar la pubertad?

Ésta es una pregunta que muchas familias se formulan a sí mismas. Algunos estudios epidemiológicos han informado de que un porcentaje no despreciable de adolescentes dejan de tener síntomas de asma al completar a pubertad⁽²⁾. Los factores que determinan la persistencia del asma están relacionados con la intensidad de los síntomas y con la presencia de

atopia y sus enfermedades relacionadas (dermatitis atópica y rinitis alérgica)⁽³⁾. Sin embargo, hay estudios que han mostrado que la presencia de síntomas o no y la necesidad de medicación o no por sí mismas no son marcadores fiables para afirmar que el asma ha desaparecido en un paciente determinado.

Se define la remisión completa de asma como:

- No tener síntomas de asma.
- No necesitar corticoides inhalados.
- Tener función pulmonar normal.
- No tener hiperreactividad bronquial.

Según estos parámetros, en un estudio realizado en Holanda⁽⁴⁾ solo cumplieron todos los requisitos el 22%, frente a un 57% que sólo mostraron remisión clínica definida como no tener síntomas de asma y no necesitar para ello corticoides inhalados. Durante los períodos libres de síntomas hay muchos adolescentes que tienen una obstrucción significativa de la vía aérea, asociada a hiperreactividad bronquial y marcadores de inflamación en actividad, sin embargo ellos afirman estar sin síntomas.

Si la disminución de los síntomas que presentan los adolescentes con asma es real o no aún está por demostrar en muchos casos y en ello intervienen fenómenos de adaptación a la enfermedad o bien de rechazo o no reconocimiento de síntomas. Por ello es importante tener a mano herramientas que ayuden a distinguir entre aquellos en que su asma ha remitido de los que no. Algunas de las herramientas útiles son el test de provocación con metacolina que mide la hiperreactividad bronquial (a realizar en el hospital, por su complejidad técnica) y la medición de la fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) que sería posible realizarla en Atención Primaria⁽⁵⁾.

En muchas ocasiones ocurre que un adolescente que cumple todos los criterios de remisión del asma en la edad adulta la enfermedad puede volver a aparecer en un significativo porcentaje de casos y esto debe ser comunicado al adolescente y su familia para que las medidas preventivas (incluido consejo antitabaco) sean administradas por el pediatra.

Influencia del sexo en el asma del paciente

Diferentes factores pueden contribuir a determinar diferencias debidas al sexo del adolescente entre los que cabe citar:

- Factores hormonales. Se ha encontrado una relación directa de la presencia de asma en adolescentes del sexo femenino que tienen sobrepeso en el inicio de la pubertad, que no ocurre en varones⁽⁶⁾. Se ha demostrado una hiperreactividad bronquial que empeora con el incremento de peso y llega a desaparecer cuando se recupera el índice de masa corporal se normaliza.

- Factores psicológicos. Las chicas tienen tendencia a sobrevalorar los síntomas de asma, mientras que los chicos niegan su existencia⁽²⁾.
- Influencia del llamado síndrome de Yentl o discriminación en el diagnóstico en razón de sexos⁽²⁾. Los síntomas de asma pueden ser minusvalorados por el pediatra en chicas frente a los referidos por los chicos. Por ejemplo una opresión en el pecho puede ser valorada en una chica por su médico como cuadro de ansiedad y en chico como síntoma sugestivo de asma, con mayor probabilidad.
 - Adaptación a las limitaciones que impone el asma. Ocurre en aquellos adolescentes que tienen la enfermedad desde hace tiempo. Se muestran aparentemente sin síntomas pero al hacer una espirometría se pone de manifiesto una obstrucción al flujo aéreo⁽¹¹⁾.
 - Síntomas atípicos. Es frecuente el dolor torácico y la sensación de opresión en relación con el ejercicio.
- Sobrediagnóstico del asma. Por el contrario hay situaciones que pueden conducir a un diagnóstico erróneo de asma⁽¹²⁾, como la disfunción de cuerdas vocales, la tos psicógena a modo de *tics* (que desaparece en el sueño nocturno) o el síndrome de hiperventilación asociado a una crisis de ansiedad. Estos tres síntomas pueden ocurrir tanto en adolescentes que tienen asma como en los sin asma.

Factores extrínsecos que influyen en el asma del adolescente

Los adolescentes tienen una exposición a desencadenantes que son propios de su edad, debidos a cambios en sus actividades, intereses y aficiones. Hay un empeoramiento del asma debido a un incremento en la exposición al humo del tabaco y drogas inhaladas, tanto de forma activa como pasiva en los ambientes cerrados que frecuenta como discotecas. Aunque los consejos durante el seguimiento harían pensar que los adolescentes con asma fumarán menos que los que no la tienen, la realidad dice otra cosa y en verdad se comprueba que los adolescentes con asma, en especial las chicas, fuman en una mayor proporción⁽⁷⁾ o en el mejor de los casos igual que los adolescentes sin asma⁽⁸⁾. En la adolescencia se produce una mayor exposición a la polución ambiental por su mayor participación en las actividades en espacios abiertos.

PROBLEMÁTICA DEL DIAGNÓSTICO DEL ASMA EN EL ADOLESCENTE

En teoría el diagnóstico del asma en el adolescente tendría que ser más fácil que en los niños de menor edad, porque el espectro clínico y el diagnóstico diferencial de los síntomas respiratorios es más estrecho. Además es más factible la realización de pruebas de función pulmonar. Sin embargo, el infradiagnóstico y el infratratamiento son frecuentes en la adolescencia^(9,10).

- Infravaloración de los síntomas. Esta infravaloración depende tanto de los pacientes, como de sus médicos. Se piensa en el asma cuando hay dificultad respiratoria o sibilancias pero con gran frecuencia el síntoma más frecuente es la tos persistente, de predominio nocturno o al levantarse que no son bien valoradas para llegar al diagnóstico. En las chicas hay un infradiagnóstico del asma dos veces superior al de los chicos.
- Los factores que con frecuencia, relacionan con el infradiagnóstico en la adolescencia son:
 - Escasa actividad física.
 - Índice de masa corporal elevado, que en las chicas en la pubertad a su vez se relaciona con la presentación de un asma.
 - Tabaquismo.
 - Problemas psicosociales y familiares.
 - Obstáculos para el diagnóstico del asma.
 - Negación de los síntomas de la enfermedad.

Sin embargo, en esta edad la realización de espirometría con test de broncodilatación o bien de esfuerzo y la monitorización domiciliaria del pico de flujo son herramientas que facilitan el diagnóstico del asma. Raramente se utiliza el ensayo terapéutico que en otras edades es de mayor importancia.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

En la adolescencia se deriva de tres factores relacionados entre sí: la negación de la enfermedad, la gravedad del asma y su mal control. El rechazo a la enfermedad lleva aparejado el abandono del tratamiento preventivo farmacológico y de higiene ambiental con una utilización excesiva de medicación de alivio. Además en el adolescente suele haber una tasa inferior de consultas a su médico y al servicio de urgencias que puede motivar una morbilidad no registrada, mayor que la comunicada y el riesgo de crisis de asma graves por fallo en el control de la enfermedad⁽²⁾. Si un adolescente ha presentado crisis graves de asma, el pediatra tiene que estudiar bien los aspectos psicosociales del paciente que pueden estar influyendo. La mortalidad por asma es mayor en los adolescentes que en los niños de edad inferior y está influida por los mismos factores que influyen en la morbilidad.

ACTITUDES Y PROBLEMÁTICA PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE CON ASMA

Las actitudes y comportamientos de los adolescentes con asma no difieren mucho de los que no la tienen, pues todos presentan los mismos comportamientos de riesgo como el tabaquismo. Los adolescentes con asma que tienen mala adherencia al tratamiento preventivo muestran un mayor riesgo para el tabaquismo, del mismo modo que si un adolescente con asma fuma, con mayor probabilidad hará un cumplimiento deficiente de la medicación.

Los problemas psicológicos pueden estar presentes en un gran número de adolescentes con asma presentando más trastornos cognitivos, cólera y ansiedad que sus controles sin asma. Además con mayor frecuencia tienen su autoestima más baja y un mayor riesgo de presentar cuadros depresivos en relación con el rechazo a su enfermedad y a las limitaciones que le impone respecto a sus amigos y compañeros de clase⁽¹³⁾. La gravedad del asma es un factor claramente relacionado por su impacto en la calidad de vida.

EL MANEJO DEL ADOLESCENTE CON ASMA

El asma del adolescente es difícil de manejar debido a que el patrón de sus manifestaciones clínicas cambia, se ve influido por la presión de sus amistades, hay cambios en su comportamiento y deja de tener influencia en los cuidados de la familia por el deseo de independencia y autoafirmación típica de la adolescencia. Por eso el manejo del asma en la adolescencia difiere de las estrategias que se emplean en niños de edad inferior y además hay pocas guías de manejo dirigidas a este grupo de edad⁽²⁾. La educación de pacientes con asma a través de diferentes estrategias ha proporcionado algunos resultados alentadores. En la consulta médica, los profesionales de la salud tienen que educar teniendo en cuenta las preferencias y metas de los adolescentes en su vida diaria, anteponiéndolos al interés del control de la función pulmonar que tiene el médico, mediante pactos y acuerdos entre ambos⁽¹⁴⁾. Una aproximación inadecuada al asma de la adolescencia es de las causas del mal control que se observa en estas edades. En el ámbito escolar, hay experiencias de educación en su centro de estudios a través de otros compañeros que tienen liderazgo e incluso por los mismos profesores de educación física, formando parte de una estrategia de integración del alumno con asma⁽¹⁵⁾. Hay una serie de factores significativos que contribuyen a este problema⁽¹⁶⁾:

- Falta de conocimientos sobre la enfermedad.
- Retraso en la búsqueda de atención médica.
- Hiperutilización de medicación de alivio.
- Capacidad restringida para controlar su entorno psicosocial.
- Deseo de una mayor autonomía.
- Problemas psicológicos y presencia de depresión.
- Escasa adherencia a las recomendaciones de evitación de desencadenantes y empleo de fármacos preventivos.

Hay muchas razones para el rechazo de los adolescentes a la toma de medicación⁽¹⁷⁾.

- No quieren ser diferentes a sus compañeros
- Niegan frecuentemente la gravedad de sus síntomas y la necesidad de tomar medicación preventiva.
- Están preocupados por los efectos secundarios de los corticoides sobre el peso y el crecimiento.
- No encuentran alivio inmediato con la medicación preventiva, por lo que la creen innecesaria.
- En ocasiones, emplean la medicación de forma incorrecta porque rechazan las cámaras de inhalación porque “es de niños pequeños”, por lo que es conveniente ofrecerle otros dispositivos de inhalación en polvo que no precisan de cámaras espaciadoras.

La educación de adolescentes se ha mostrado como la herramienta más potente en el control del asma. El educador debe tener en cuenta los cambios en el desarrollo y el comportamiento de los adolescentes, así como el impacto del grupo de iguales.

COMPONENTES DE LA EDUCACIÓN EN LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

La utilización de la educación limitada sobre el asma, impartiendo sólo información sobre la enfermedad y su manejo, no

parece mejorar los resultados de la salud en adultos con asma, aunque los síntomas percibidos pueden mejorar⁽¹⁸⁾.

La educación para el autocuidado del asma, que incluye la automonitorización mediante el flujo espiratorio máximo o los síntomas, junto con un examen médico regular y un plan de acción escrito, mejora los resultados de la salud en adultos con asma. Los programas de entrenamiento que permiten que las personas ajusten su tratamiento mediante el uso de un plan de acción escrito parecen ser más efectivos que otras formas de autocuidado del asma⁽¹⁹⁾. En una revisión de la colaboración Cochrane, los programas educativos de automanejo del asma en niños y adolescentes también mejoran una amplia gama de mediciones de resultados, por lo que se preconiza que la educación para el automanejo dirigida a la prevención y al control de ataques debe ser incorporada a la atención rutinaria del asma⁽²⁰⁾.

Todo el proceso educativo debe llevar un componente de motivación para el cambio, mediante la cual el educador ofrece información y una serie de alternativas que el adolescente valora tomando consciencia de que su decisión es clave para el éxito de las intervenciones educativas

BIBLIOGRAFÍA

1. Carvajal Urueña I, García Marcos L, Busquets Monge R. Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España. *Arch Bronconeumol* 2005; **41**: 659-66.
2. De Benedictis D, Bush A. The Challenge of Asthma in Adolescence. *Pediatr Pulmonol* 2007; **42**: 683-92.
3. Phelan PD, Robertson CF, Olinsky A. The Melbourne Asthma Study: 196-1999. *J Allergy Clin Immunol* 2002; **109**: 189-94.
4. Vonk JM, Postma DS, Grol MH, Schouten JP, Koe'ter GH, Gerritsen J. Childhood factors associated with asthma remission after 30 year follow up. *Thorax* 2004; **59**: 925-9.
5. Shaw DE, Berry MA, Thomas M, Green RH, Brightling CE, Wardlaw AJ, Pavord ID. The use of exhaled nitric oxide to guide asthma management: a randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; **176**: 231-7.
6. Castro-Rodríguez JA. Relación entre obesidad y asma. *Arch Bronconeumol* 2007; **43**: 171-5.
7. Forero R, Bauman A, Young L, Booth M, Nutbeam D. Asthma, health behaviors, social adjustment, and psychosomatic symptoms in adolescence. *J Asthma* 1996; **33**: 157-64.
8. Larsson L. Incidence of asthma in Swedish teenagers: relation to sex and smoking habits. *Thorax* 1995; **50**: 260-4.
9. Siersted HC, Boldsen J, Hansen HS, Mostgaard G, Hyldebrandt N. Population based study of risk factors for underdiagnosis of asthma in adolescence: odense schoolchild study. *BMJ* 1998; **316**: 651-7.
10. Yeatts K, Davis KJ, Sotir M, Herget C, Shy C. Who gets diagnosed with asthma? Frequent wheeze among adolescents with and without a diagnosis of asthma. *Pediatrics* 2003; **111**: 1046-54.
11. Boner AL, De Stefano G, Piacentini GL et al. Perception of bronchoconstriction in chronic asthma. *J Asthma* 1992; **29**: 323-30.
12. Niggemann B. Functional symptoms confused with allergic disorders in children and adolescents. *Pediatr Allergy Immunol* 2002; **13**: 312-8.
13. Bush T, Richardson L, Katon W, et al. Anxiety and depressive disorders are associated with smoking in adolescents with asthma. *J Adolesc Health* 2007; **40**: 425-32.

14. Domínguez B, Lora A, Fernández C, Praena M, Montón JL. Educación Sanitaria y Asma. En: Cano A, Díaz CA, Montón JL, eds. Asma en el niño y Adolescente. Madrid: Ergon.; 2004.
15. Shah S, Peat JK, Mazurski EJ, Wang H, Sindhusake D, Bruce C, Henry RL, Gibson PG. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2001; **322**: 583-8.
16. Halterman JS, Conn KM, Forbes-Jones E, Fagnano M, Hightower AD, Szilagyi PG. Behavior problems among inner-city children with asthma: findings from a community-based sample. *Pediatrics* 2006; **117**: e192-9.
17. Dinwiddie R, Muller WG. Adolescent treatment compliance in asthma. *JR Soc Med* 2002; **95**: 68-71.
18. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, Bauman A, Hensley MJ, Walters EH Educación para el autocuidado y examen médico regular para adultos con asma (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
19. Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ Intervenciones educativas para el asma infantil (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
20. Powell H, Gibson PG. Opciones para la educación sobre el autocuidado para los adultos con asma (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Trastornos psiquiátricos prevalentes en los adolescentes

J. de Loño Capote

Jefe de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Infantil La Fe. Valencia

LA AGRESIVIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Introducción

En las últimas décadas se ha incrementado la investigación sobre los factores de riesgo y la prevención de la conducta agresiva. La investigación sobre factores de riesgo se centra en la búsqueda de los factores bio-psico-sociales que funcionan como elementos de prevención y de protección (Sobral, Romero, Luengo y Marzoa, 2000; Eisenberg, Fabes, Guthrie y Reiser, 2000; Mestre, Samper, Frías y Náchter, 2004).

Entre las variables contextuales adquiere una importancia central la familia, especialmente los estilos de crianza en las dimensiones de control, afecto, grado de implicación en la educación de los hijos, constatándose las consecuencias negativas cuando se combinan unas estrategias de no-supervisión por parte de los padres o un control excesivamente rígido con unos vínculos afectivos débiles (Carlo, Raffaelli, Laible y Meyer, 1999; Del Barrio, 1998; Mestre, Samper, Tur y Díez, 2001).

Entre las variables personales relacionadas con la conducta agresiva se incluyen características temperamentales (neuroticismo, impulsividad, búsqueda de sensaciones) (Caprara y Pastorelli, 1993; Chico, 2000), y variables cognitivo-emocionales (empatía, autoestima, jerarquía de valores) (Sobral, Romero, et al., 2000; Catalano y Hawkins, 1997; Mestre, Samper y Frías, 2001).

Investigaciones realizadas en población adolescente española concluyen una interacción entre características temperamentales y variables del contexto familiar sobre los niveles de conducta antisocial; el bajo apoyo familiar y el escaso apego a las figuras paternas muestran una fuerte influencia sobre los niveles de conducta antisocial únicamente cuando se combinan con altos niveles de impulsividad en los adolescentes, de manera que la influencia del contexto familiar se aminora cuando son bajos los niveles de impulsividad. Por el contrario, la autoestima y la empatía parecen ser factores de protección alcanzando fuertes asociaciones negativas con la conducta antisocial. Por lo tanto, las variables de personalidad parecen amplificar los factores contextuales (Sobral, Romero, et al., 2000; Mestre, Samper, Frías y Náchter, 2004).

ADICCIONES

El cannabis es la 1ª sustancia ilegal a la que acceden los jóvenes europeos, y en nuestro país comienza a difundirse antes de los 15 años.

Baja percepción del riesgo de esta droga.

Rasgos facilitadores de consumo de drogas

- Desarraigo del medio de origen.
- Familia: hacinamiento/deprivación.

- Fracaso escolar. Sin alternativas.
- Relaciones familiares. Ruptura.
- Paro: sociopatía reactiva.

Interpretación

- Como síntoma de una contracultura.
- Contra la robotización social.
- Imposibilidad de nuevos horizontes.
- Transformación en lo contrario.
- Drogas: favorecen un imaginario.
- Dimensión de conocimiento-artística.
¿Una nueva fraternidad?

Interpretación: psicodinamia

- Imposibilidad del toxicómano de identificarse con la figura paterna.
- Vivida como agresor impotente de hacer feliz a la figura materna.
- Está insatisfecha: falta de ideal del yo paterno.
- Resultado: narcisismo herido.
- El YO del toxicómano por su autoestima debilitada no tiene fuerzas para soportar el sufrimiento de una DEPRESIÓN.
- Debilidad narcicista.
- Parón en el desarrollo precoz del niño amenazado con perder el control.

Interpretación: psicopatología

- Depresión frente a la frustración.
- Placer: ampliación del amor propio.
- Sensación de potencia del YO.
- Desaparición del efecto eufórico.
- Retorno a la realidad-culpabilidad.
- Depresión frente a la frustración.

Síntomas reactivos

- Ansiedad o crisis de angustia.
- Trastornos afectivos (distimias).
- Trastornos cognitivos.
- Trastornos de personalidad.

Estudio-investigación (Noa, 1988)

- Entrevista-exploración a 100 adolescentes de 12-18 años.
- Retenidos por la policía: actos delictivos.
- Fracaso escolar 88% población del estudio.
- El 90% el consumo es simultáneo al fracaso.
- Cambios de centro: 68% de la muestra.
- 75% de la muestra: no asistieron a preescolar.

TOC (TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO)

Concepto

Obsesión: es una idea asociada a un sentimiento penoso en un dualismo ideoafectivo que invade la conciencia de forma repetida. Puede ser una idea cualquiera y, a veces, coinciden y se suceden varias ideas en un mismo paciente. Es un sentimiento de extrema aprensión.

El escrúpulo obsesivo se basa en culpabilizaciones, en relación a faltas o acciones malas o deshonestas que piensa ha cometido.

Desde el punto de vista antropológico, el fenómeno obsesivo en su dimensión compulsiva enlaza con el fenómeno de los rituales religiosos. Dentro del contexto religioso, el pensamiento obsesivo enlaza con la superstición y, más concretamente, con el escrúpulo.

En definitiva la obsesión alberga una idea, afecto, imagen o deseo, que aparecen de forma reiterada y que el sujeto no puede alejar voluntariamente de su conciencia. Pretende evitar peligros potenciales y atraerse buenos augurios. Ya Paracelso describió con frecuencia en sus escritos a personas que sufrían obsesiones y compulsiones.

Para Janet la tendencia al secretismo del paciente suele ser una constante que, consciente de la rareza de sus síntomas, desea ocultarlos en contra de la forma de actuar del histérico. Morel en 1866, describió los estados obsesivos como una forma de delirio obsesivo. Por eso se considera un fracaso del sujeto para defenderse de impulsos inconscientes agresivos. Es como una respuesta del EGO a potentes impulsos agresivos y sexuales.

Según el modelo cibernético, el fenómeno obsesivo se debe a un descenso habitual en el nivel de alerta, consecutivo a una actividad baja o insuficiente de la formación reticular.

Las compulsiones responden a una serie de actos o comportamientos reiterativos, dirigidos a una meta y con una determinada intencionalidad para neutralizar o configurar la idea obsesiva. Son actos reparadores o de conjura de peligro inminente encauzados a impedir un sentimiento de gran ansiedad.

Epidemiología

Una de cada 10 personas jóvenes puede padecer un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), que en la mayoría de los casos perturba seriamente la vida escolar-social del niño-adolescente.

Frecuencia de TOC

A partir de los 3 años la presentación clínica ha sido documentada. La prevalencia del TOC en niños y adolescentes, en función de distintos autores, es:

Población general

Flament	0,5%	en edades de 11 a 20 años
Zohar	3,5%	en edades de 15 a 18 años
Swedo	1,8%	en edades de 10 a 20 años

Población clínica (edades entre 8 y 20 años)

Adams	2%
Last y Strauss	10%
Toro y cols.	1%
Dupert	16%

Valleni-Basile aplicó la Escala de Evaluación Global Infantil a 488 pares de madre/hijo, comprobándose que la prevalencia de TOC y TOC subclínico fue del 3 y del 19%, respectivamente, siendo las hembras las que citaron más síntomas de compulsión que los hombres. Los diagnósticos que acompañaron más frecuentemente al TOC fueron el trastorno depresivo mayor (45% de los TOC), la ansiedad por separación (34%), la distimia (29%), la idea de suicidio (15%) y la fobia. En su trabajo concluye que la comorbilidad y sintomatología características del TOC podría facilitar la identificación y tratamiento precoces por parte del médico.

En relación al sexo los varones han sido superiores en número a las mujeres. Los síntomas se inician antes que en las niñas, sobre todo si se inician antes de los 8 años (Bethesda). En este estudio los rituales compulsivos fueron más frecuentes que, al parecer, las obsesiones. En otra investigación llevada a cabo por Flament, la combinación de rituales y obsesiones fueron la presentación más común.

De otra parte hay que resaltar que la población negra presenta una frecuencia inferior de TOC que la población general, no habiéndose encontrado estudios rigurosos en la población latinoamericana.

Los síntomas aparecen habitualmente (70% de los casos) antes de la adolescencia. Según Nicollini (Instituto Mexicano de Psiquiatría), hay dos picos de edades de entrada al TOC: el primero a los 8-9 años y el segundo a los 17-18 años.

En relación al orden de nacimientos existe un mayor porcentaje de hijos/as primogénitos e hijos/as únicos.

Si nos adentramos en el plano socioeconómico, existe un alza moderada en las clases medias y medias-altas. El análisis de la literatura pone de relieve (ADAM 1994) que de los adolescentes con TOC, pocos están correctamente diagnosticados y muchísimos menos reciben un tratamiento adecuado.

Las **obsesiones más frecuentes en la primera infancia** responden a ideas de:

- Contaminación:* ideas de transmisión de la enfermedad a partir del contacto con el objeto.
- Sexuales:* deseo de observar y tocar repetidas veces las partes genitales.
- Agresión:* deseo de insultar a los otros.
- Religión:* ideas contaminadas de acciones deshonorosas.
- Académicas (simetría):* deseo de situar las cosas a una misma distancia en la mesa. Temor al fracaso. Dudas.
- Peligros:* idea obsesional, que va a ser atropellado o a ocurrir un accidente catastrófico.

Los **rituales compulsivos** son:

- Verificación:* comprobar cierre de grifos, luces, abotonado de lazos o aditamentos de la ropa.
- Orden:* continuas comprobaciones.
- Repetición:* incluidas en el lenguaje como murmullos, ecolalia.

4. *Contar*: compulsión numérica, repitiendo, memorizando, por ejemplo, matrículas...
5. *Evitamiento*: aislamientos. Saltos extraños, caminando irregularmente, alternando carreras...
6. *Limpieza*: lavado frecuente de manos, cepillado de dientes excesivo, gran acicalamiento.

En relación a su nivel participativo y motivacional, observamos una reducción de intereses de las actividades intelectuales y afectivas.

Predictores indicadores clínicos

Signos de alarma

Predictores indicadores clínicos son:

- Niños que nos consultan por demasiado miedosos.
- Niños con gestos o movimientos nerviosos.
- Niños que juegan excesivamente con los genitales.
- Niños que acumulan compulsivamente cosas.
- Niños con escurpulosidad manifiesta.
- Niños con lenguaje soez.

En definitiva, niños con intereses peculiares y conductas raras.

En las consultas médicas o en estudios de investigación, los padres describen a su hijo/a como un futuro investigador del átomo o de la naturaleza; o los presentan como extraordinariamente dotados. Asimismo, en bastantes ocasiones objetivamos una conducta de inhibición, repliegue y aislamiento social.

Continuando con la descripción de determinados **predictores** o **signos de alarma**, tenemos que señalar diversas actitudes-conductas en estos niños, que nos hacen sospechar un TOC.

“15 signos de alarma”

1. Anormalidades en el desarrollo.
2. Salud mental paterna o materna alterada.

3. El niño ha estado expuesto a un acontecimiento psico-social traumático, en el cual ha estado presente.
4. La experiencia personal de haber estado “envuelto” en familias con una educación promotora de la angustia.
5. Presentación de esfuerzos de evitación de situaciones o personas.
6. Niños que viven “lacónicamente” una desesperanza.
7. Dificultades para conciliar el sueño.
8. Conductas de hipervigilancia-hiperactividad.
9. La no tolerancia o la frustración.
10. Gran ansiedad metafísica en los niños.
11. Necesidad de autoafirmación continuada.
12. Temor de Dios hipertrofiado.
13. Frecuencia elevada de agresiones dirigidas a los padres.
14. Desórdenes alimentarios.
15. Todo niño que usted sospeche como “clínico”.

En definitiva, el TOC es en algunos pacientes, y comienza a ser en algunos pacientes una conducta de autoprotección desajustada.

Preguntas-despistaje en conductas de inicio

1. ¿Muchas veces sientes que tienes que hacer algunas cosas, aunque sepas que no tienes por qué hacerlas?
2. ¿Tienes que inspeccionar las cosas muchas veces?
3. ¿Pensamientos repetidos de que tus padres o hermanos puedan tener un accidente?
4. ¿Te molesta tocar a alguien o que te toquen?
5. ¿Siempre tienes que contar muchas veces o ir contando números?
6. ¿Te preocupa estar demasiado limpio?
7. ¿Tienes a menudo remordimientos?
8. ¿Cambias o coges un determinado camino para evitar la mala suerte?
9. ¿Guardas muchas cosas en tu habitación que no necesitas?
10. ¿Tienes números o palabras especiales para evitar la mala suerte?

Del diagnóstico de ingreso al diagnóstico definitivo. Abordaje integral del adolescente ingresado

M. Magaña Hernández

Coordinadora de la Unidad de Medicina del Adolescente. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

DATOS DE FILIACIÓN. MOTIVO DE INGRESO

Adolescente varón de 14 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital Infantil, por segunda vez en la misma semana, en ambos casos acompañado por su padre.

Refiere que durante el último mes, tiene sensación de mareo, de predominio por las mañanas, sin pérdida de conciencia ni otros síntomas valorables. Nunca le había pasado nada semejante. Está consciente y orientado. Ingresa para estudio etiológico.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Hasta hace un mes ha vivido con su padre (45 años) y su madre (42 años). Hijo único. Vivienda urbana.

El padre es pensionista desde antes de los 30 años, por accidente con traumatismo en EID al caerse de un bus. Sigue tratamiento psiquiátrico por trastorno de la personalidad, desde hace muchos años.

La madre, sana, trabajadora de limpieza, por cuenta ajena, abandonó el domicilio un mes antes, a media noche tras una discusión de pareja, muy habitual. No han vuelto a saber nada de ella, a pesar de haber interpuesto denuncia en la policía por abandono de domicilio familiar.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Embarazo controlado, parto a las 39 semanas.
- Exploración al nacimiento: Peso 3.100 g. Talla 48 cm. PC, 36 cm. Buen tono y vitalidad. ACP: soplo sistólico II-III/VI, pulsos normales, ventilación pulmonar normal.
- Resto exploración física y neurológica normal.

INGRESOS ANTERIORES

1. Cardiología a los tres días de vida: CIV+CIA, con seguimiento en Consultas hasta los cuatro años y alta cardiológica.
2. Unidad de Lactantes al mes de vida: retraso pondero-estatural, distrofia, anemia ferropénica y gran distensión abdominal.
3. Estudio y seguimiento en consultas en Hematología.
4. Cirugía pediátrica: enfermedad de Hirschprung intervenida (resección y sutura a 3 cm del ano), con evolución normal.

EXPLORACIÓN AL LLEGAR AL SERVICIO DE URGENCIAS (14 AÑOS)

- Peso: 52 kg; Talla: 162 cm; IMC: 19,6; TA: 100/60; Temperatura: 36,5 °C; Frecuencia cardiaca: 64 lat/minuto. BEG, NC y NH; Otoscopia: normal; Orofaringe: normal.
- ACP: normoventilación bilateral, sin soplos. Abdomen blando, depresible, sin megalias, se palpan fecalomas en FII. Desarrollo puberal: III Tanner. Resto: normal.
- Neurológico completo: normal.

UNIDAD DE ADOLESCENCIA: ENTREVISTA CLÍNICA CON EL ADOLESCENTE

En la historia clínica específica del adolescente se objetiva:

- Actitud personal de autocontrol, falta de expresividad emocional, desconfianza, buen nivel intelectual y madurez en las respuestas, excesiva corrección con dificultad para verbalizar emociones, alexitimia.
- Expresión expectante y alerta. Utiliza un discurso aprendido y repetitivo siempre dirigido contra su madre, a la que culpa de todo lo que le pasa. Añade que con frecuencia se siente cansado y triste y le gustaría cambiar las relaciones con su madre.
- Aceptables resultados escolares. Cursa tercero de ESO en un colegio público.
- No realiza deporte alguno ni otras actividades extraescolares ni sociales.
- Refiere no relacionarse con sus iguales fuera del colegio, ni tener otras relaciones personales y/o socio-familiares.
- Trastornos del sueño de segunda fase.
- Se observa ambiente socio-familiar psicopatológico de alto grado, así como maltrato psicológico continuado interfamiliar por parte del padre principalmente hacia la madre.

ABORDAJES ORGÁNICO, PSÍQUICO Y SOCIAL

Diagnóstico orgánico

- **Primer diagnóstico: ANEMIA FERROPÉNICA** con intensa ferropenia por posible hemorragia. Estudio sangre oculta en heces (+++)
 - Diagnóstico diferencial:** E. inflamatoria intestinal, neoplasia, TBC, amebiasis, enfermedad venérea, ulceraciones por medicación rectal, abuso sexual prolongado, yatrogenia. El diagnóstico definitivo, se realiza por sigmoidoscopia y biopsias.
- **Segundo diagnóstico: ÚLCERA RECTAL SOLITARIA Enfermedad rara benigna de colon y recto**, por desorden de la evacuación, causada por contracción paradójica del músculo pubo-rectal y/o por prolapso rectal interno (68%), en el momento de la defecación de forma continuada en el tiempo. Como consecuencia, se produce daño en la mucosa con predisposición a isquemia y ulceración (57%), eritema (18%), alrededor de un pliegue rectal. Estreñimiento: 55%; Diarrea: 30%; Asintomáticos: 25%.
 - En un 40% se han descrito problemas psicológicos: neurosis de ansiedad, depresión, TOC, psicosis.** Incidencia 1/100.000 (estudio de Irlanda del Norte).

Solo hay algunos casos publicados en niños y adolescentes.

Cirugía general: NO tratamiento quirúrgico por excesiva agresividad y resultados prácticos dudosos.

SI tratamiento conservador, sintomático y autoeducación de higiene digestiva y pautas de alimentación.

- **Tercer diagnóstico:** ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL CRÓNICO.

Diagnóstico psicosociales

En colaboración con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil:

- a) Ansiedad generalizada.
- b) Maltrato psicológico prolongado en medio intrafamiliar.
- c) Sospecha de abuso sexual.
- d) Desestructuración afectiva materno-filial.
- e) Trastorno del sueño de 2ª fase.
- f) Depresión reactiva con componentes somáticos.
- g) *Síndrome de alienación parental*, se da cuando un progenitor respecto al otro:
 - Impide el derecho de convivencia con sus hijos.
 - Lo desvaloriza e insulta en presencia del menor, con constantes discusiones de pareja.
 - Implica al entorno familiar propio y a los amigos en el ataque.
 - Ridiculiza constantemente los sentimientos de los hijos hacia el otro progenitor.
 - Premia las conductas despectivas y de rechazo hacia el otro progenitor.
 - Manipula y asusta a los hijos con mentiras.
 - Aisla a los hijos de las relaciones sociales y de la otra familia.

- Siempre se muestra como víctima ante los hijos.
- Puede ocurrir indistintamente por parte de uno u otro progenitor, y aumenta la frecuencia en parejas separadas.

PLAN DE ACTUACIÓN TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

1. Colaboración con la Trabajadora Social del Hospital.
2. Informe y Entrevistas con el Servicio de Menores del Gobierno de Aragón.
3. Informe y Entrevista con su Pediatra de Atención Primaria.
4. Seguimiento trimestral en Consulta de Adolescencia con el fin de:
 - Realizar controles y seguimiento analíticos.
 - Restaurar el patrón normal de defecación, evitando esfuerzo excesivo, regulando los hábitos de higiene digestiva y con ejercicios de auto-relajación de los músculos puborrectales.
 - Controlar la organización personal de la dieta alimenticia, ingesta de líquidos y ejercicio físico.
 - Adquirir por parte del adolescente hábitos de Educación para la Salud y autocuidado personal.
 - El Servicio de Menores del Gobierno de Aragón, ha tratado los problemas de ansiedad y depresión derivados, así como la recuperación de las relaciones afectivas con entrevistas programadas madre-hijo.
 - La madre, en situación de protección social, trabaja por cuenta ajena, sigue tratamiento con profesionales especialistas.
 - Puesta en práctica de ayuda específica para recuperar las relaciones y habilidades sociales del adolescente con su entorno social, a cargo del mismo Servicio de Menores.

Síncope y mareos

S. García-Tornel Florensa

Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

CASO

Niña de 13 años que es remitida por su pediatra por haber presentado en las últimas 24 horas varios episodios de pérdida de conciencia. Se acompaña de mareos y sensación de vértigo previa a la pérdida de conciencia y cefalea occipital. Antecedentes de mareos desde hace aproximadamente un año que en los últimos meses se asocian a cefalea occipital y pérdida transitoria de conocimiento. Sin antecedentes personales ni familiares de interés fue estudiada en otro centro 5 meses antes donde las exploraciones complementarias realizadas fueron: analítica sanguínea, Rx tórax: EEG y EEG con privación de sueño, RMN craneal y fondo de ojo con resultados normales. EKG: extrasístoles ventriculares que desaparecen con el ejercicio. Se orientó como síndrome vertiginoso y migraña basilar. En tratamiento con gabapentina (400 mg/12 horas) desde hace aproximadamente un mes.

Al ingreso la exploración física: buen aspecto, peso: 52,5 kg, talla: 161 cm. TA: 105/70 mmHg en decúbito y 100/65 mmHg de pie, FC: 73 p/m. Mostró normalidad en la exploración general y por aparatos. En nuestro centro se realizan, además: tóxicos en orina: negativos. EKG: extrasístoles ventriculares aislados, ecocardiografía: normal, Holter: extrasístoles ventriculares. Aunque no se puede descartar origen orgánico se consulta a psiquiatría: gran componente emocional de ansiedad y se pauta tratamiento ansiolítico (clorazepato dipotásico). En un centro asociado al nuestro se realiza Tilt-test: positivo para síncope vasovagal. Se da de alta con normas preventivas.

Unos meses más tarde vuelve a presentar episodios de mareo frecuentes que interfieren en la vida diaria, por lo que se inicia tratamiento con propranolol (10 mg/8 horas). Un mes después de iniciar el tratamiento beta-bloqueante ingresa por reaparición de la clínica con una exploración normal con tendencia a la bradicardia. La consulta a cardiología muestra: EKG: bradicardia sinusal. ecocardiografía: normal. Se suspende el tratamiento con propranolol. También se consulta a ORL: exploración, audiometría, impedanciometría, electronistagmografía: normales.

Evolución posterior favorable aunque va presentando algunos episodios de cefalea que ceden con ibuprofeno y reposo.

INTRODUCCIÓN

La conciencia es el estado en el que el individuo se da cuenta de sí mismo y del ambiente que le rodea. El nivel de conciencia puede variar hasta la pérdida total. Cuando se valora un episodio de esta naturaleza, se usan términos como "crisis", "mareo", "desmayo", "ataque" o "vértigo", todos ellos ambiguos y caren-

tes de sentido localizador planteando problemas para su interpretación.

DEFINICIONES

Básicamente, los procesos etiológicos se engloban en alguna de las categorías siguientes:

1. Presíncope o síncope: relacionados con alteración en el aporte de oxígeno cerebral.
2. Vértigo: ilusión de movimiento habitualmente relacionado con disfunción vestibular.
3. Crisis de desequilibrio: alteración en la estabilidad relacionada con disfunción cerebelosa, vestibulo espinal o propioceptiva.
4. Procesos de índole psicológica.

El síncope (desmayo o lipotimia) se define como una pérdida del estado normal de conciencia, brusca y breve, provocada por un insuficiente aporte de oxígeno cerebral, asociado a una pérdida del tono postural y seguida de recuperación espontánea sin que medien maniobras de reanimación.

El presíncope (mareo o desvanecimiento), situación que habitualmente precede al síncope, aunque puede presentarse de forma aislada, consiste en un acceso brusco y transitorio de sensación subjetiva de mareo, debilidad e inminente pérdida de conciencia, que puede acompañarse de síntomas o signos vegetativos como molestia epigástrica, náuseas, palidez o sudoración.

EPIDEMIOLOGÍA

Las estimaciones sobre la incidencia real del síncope son variables, en los niños pequeños es poco frecuente (0,1%) pero requieren una evaluación exhaustiva. En cambio, hasta el 50% de los adolescentes han presentado –al menos en una ocasión– un episodio sincopal y constituye el 3% de consultas en los servicios de urgencias. Hay antecedentes de síncope o presíncope en el 25% de muertes súbitas por causas cardíacas. No hay diferencias entre ambos sexos y, lógicamente, sí con la edad adulta y la vejez.

FISIOPATOLOGÍA

El síncope se produce cuando la circulación global cerebral desciende. El parénquima cerebral depende de una circulación regular y constante de sangre (glucosa) ya que no dispone de mecanismos de almacenamiento de energía y la falta de irrigación provoca un síncope en 3-5 minutos. Como la circulación cerebral requiere un complejo sistema de regulación (gasto cardíaco, resistencia vascular, tensión arterial, regulación intrínseca del cerebro) de cualquier fallo en uno de ellos

provocará un síncope El gasto cardíaco puede deberse a obstrucción de salida, fallo cardíaco, arritmias y trastornos eléctricos. La resistencia vascular puede descender por inestabilidad vasomotora, fallo del sistema autonómico o respuesta vasovagal inadecuada. La presión arterial disminuye por cualquier causa de hipovolemia. Un accidente vascular cerebral (AVC) o una convulsión pueden ocasionar un síncope. También se produce si hay un trastorno metabólico importante (hipoglicemia, hiponatremia, hipoxemia).

ETIOPATOGENIA

Síncope cardiovascular

Síncope neurocardiogénico

Es la forma más común en la adolescencia, también denominado síncope común o vasovagal. Habitualmente tiene lugar en bipedestación, aunque puede presentarse también estando sentado o al incorporarse desde esta posición o desde la posición horizontal a bipedestación emocional (ansiedad, miedo, dolor) o estrés físico (hambre, deshidratación, anemia, enfermedad intercurrente, fatiga)...

La pérdida de conciencia no suele superar los 15-30 seg y viene en general precedida de una percepción subjetiva de mareo en la que suele referirse un malestar indefinido, frío, cansancio, debilidad o flojedad en las piernas, así como sensación de audición de voces lejanas, acufenos, alteraciones en la visión (borrosa, nublada, oscura o en blanco), cefalea fugaz, náuseas, malestar abdominal o sensación de estar flotando. La pérdida del tono muscular subsiguiente es habitualmente progresiva, condicionando una caída lenta al suelo en la que puede producirse un traumatismo de significación variable en función de las circunstancias concretas. El episodio se acompaña de palidez y sudoración. En algunos casos, que parecen ligados a una hipoxia de duración mayor a 20-25 seg, el episodio se acompaña de rigidez generalizada, desviación ocular y unas leves clonías de miembros, configurando el llamado síncope convulsivo.

Síncope situacional

Se desencadena por un precipitante conocido (micción, deglución, ingesta de bebidas frías, defecación, tos, peinado o maniobras de Valsalva). No suelen ser recurrentes y no precisan tratamiento.

Síncope cerebral

Debido a una respuesta de vasoconstricción cerebral en ausencia de modificaciones significativas en los parámetros hemodinámicos periféricos (presión arterial y frecuencia cardíaca) puede tener síntomas prodrómicos como vértigo, dis-fagia, diplopía o ataxia.

Síndrome de taquicardia postural ortostática

Su descripción en la adolescencia es relativamente reciente y es la principal causa de intolerancia al ejercicio en adultos.

Tiene síntomas de presentación diaria que, sin llegar al síncope, se acompañan de alguna manifestación de tipo presincope (sensación de cabeza hueca, visión borrosa), taquicardia o palpitaciones, dolor torácico, ansiedad, fatiga extrema, intolerancia al ejercicio y un bajo rendimiento cognitivo: es una entidad diferente del síndrome de fatiga crónica.

Síncope neurovasculares

Migraña basilar

Define una forma específica de migraña con aura que cursa con manifestaciones relacionadas con el territorio irrigado por la arteria basilar y sus ramas y condicionante, por tanto, de síntomas atribuibles a disfunción del tronco, cerebelo y región hemisférica cerebral posterior. Se conoce también bajo las denominaciones de migraña de la arteria basilar, migraña vertebrobasilar o migraña de Bickerstaff en honor al autor que acuñó su nombre al describir un cuadro que afectaba preferentemente a adolescentes de sexo femenino que experimentaban crisis de alteraciones del campo visual, diplopía, disartria, vértigo rotatorio, parestesias bilaterales y, ocasionalmente, alteración del estado de conciencia con cuadros sincopales o convulsiones.

Otros procesos

Las crisis catapléjicas en el marco de una narcolepsia pueden parecer crisis sincopales habitualmente provocadas por emociones intensas (risa, el enfado o el miedo). El paciente permanece consciente durante la crisis.

Síndrome de bradicardia ictal

Su incidencia real es desconocida Denominado también síncope del lóbulo temporal y es un síndrome epiléptico potencialmente grave que puede asociar una asistolia a otras manifestaciones más comunes de crisis epilépticas del lóbulo temporal.

Causas psicógenas

Diversos trastornos de índole psiquiátrica, incluyendo seudocrisis, reacciones de conversión, crisis de pánico o depresión mayor pueden asociarse a manifestaciones sincopales o pseudosincopales. Causantes de este tipo son: hiperventilación, cansancio, fatiga o debilidad.

Síncope relacionado con tóxicos, fármacos o drogas de abuso

Cualquier antihipertensivo o diurético puede causar síncope así como otros fármacos como fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, litio u opiáceos así como las drogas de abuso (cocaína, marihuana y alcohol).

Síncope en relación con causas metabólicas

Por la hipoxia, la hipoglucemia o la presencia de un feocromocitoma. La hipopotasemia puede conllevar debilidad muscular, parálisis y dificultad respiratoria. La hipomagnesemia, aislada o en asociación con hipocalcemia, puede acompañarse de tetania, convulsiones, movimientos atetoides y espasmo car-

popedal, que en situaciones particulares puede ser interpretado como sugerente de naturaleza sincopal

DIAGNÓSTICO DEL SÍNCOPE

- a) Historia clínica, con una anamnesis detallada: relato de testigos directos y siempre del afectado, postura previa a y las circunstancias intercurrentes, existencia o no de fenómenos premonitorios, existencia de palidez y/o sudoración, hipertonía, clonías y/o revulsión ocular, historia familiar en búsqueda de antecedentes de muerte súbita, procesos sincopales, migraña o epilepsia.
- b) La exploración física es normal en los síncope neurológicamente mediados: es fundamental el examen cardiovascular y el neurólogo.

Exploraciones complementarias

En función de la historia clínica y los exámenes complementarios puede irse completando para el diagnóstico exacto: hemograma, perfil bioquímico convencional (glucemia, ionograma), Rx de tórax, ECG (tira larga o Holter), EEG, pruebas de neuroimagen, prueba de esfuerzo, estudio electrofisiológico.

La prueba principal para el estudio de los episodios sincopales es el tilt-test o prueba de la tabla o mesa basculante. Es una prueba de provocación en los síncope vasovagales de repetición o los de presentación atípica. Hay diferentes protocolos de aplicación con administración de medicación y maniobras diversas.

TRATAMIENTO

Debe ser etiológico. En el de origen cardíaco es necesaria la colaboración del cardiólogo para la administración de medi-

cación antiarrítmica o cirujano cardíaco para la implantación de un marcapasos. En el síncope vasovagal o neurocardiogénico va encaminado a dar recomendaciones encaminadas a evitar los desencadenantes reconocidos (bipedestación estática, ayuno prolongado, deshidratación, cambio brusco de sentido a bipedestación, estrés, dolor, miedo) y usar maniobras para evitarlo ante los síntomas premonitorios (dar pequeños pasos de delante atrás, cruzar las piernas, incorporaciones sobre las puntas de los pies o sacudidas de los mismos, ponerse en decúbito, en cuclillas o sentarse con la cabeza entre las piernas).

En situaciones de frecuente recurrencia se puede emplear, de una forma razonable, tratamiento farmacológico cuyo arsenal es amplio: fludrocortisona, bloqueadores β (atenolol), estimulantes adrenérgicos (etilefrina, efedrina, mirodrina), metilfenidato, inhibidores de la recaptación de serotonina (sertralina, paroxetina), disopiramida, anticolinérgicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Brignole M, Alboni P, Benditt DG, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch T, Gert, et al. Guías de Practica Clínica sobre el manejo (diagnóstico y tratamiento) del síncope. Actualización 2004. *Rev Esp Cardiol* 2005; **58**:175-93.
- Eiris P, Rodríguez N, Gómez L, Martínón-Torres F, Castro-Gago M, Martínón S. Síncope en el adolescente: orientación, diagnóstico, terapéutica. *An Pediatr (Barc)* 2005; **63**: 330-9.
- Morag R. Syncope. www.emedicine.com/emerg/topic876.htm
- Sánchez JM. Síncope y mareos en la edad pediátrica: orientación diagnóstico terapéutica. *Pediatría Integral* 2004; **8**: 577-93.
- Walsh W. Syncope and sudden death in the adolescent. *AMStar* 2001; **12**: 105-32.

La entrevista al adolescente

J. Casas Rivero

Pediatra. Especialista en Medicina de la Adolescencia George Washington Univ. Children's National Med. Center

Para atender adolescentes no basta con tener unos conocimientos sobre las características de su desarrollo, su forma de enfermar y los recursos terapéuticos de que se dispone. También es necesaria una capacidad para “sentirse a gusto” delante del adolescente y cierta experiencia en el trato con la gente joven.

La entrevista constituye la primera y más importante parte de todo acto médico que tenga como objetivo aproximarse a la salud integral del adolescente. Debido a las características evolutivas de este grupo de edad, **muy a menudo la entrevista representa la única y última oportunidad que tiene el médico para orientar, corregir, diagnosticar, asesorar, interpretar o ayudar a la persona en este momento de crecimiento y desarrollo, antes que se estructure como ser adulto.** De ahí la importancia de una entrevista bien planteada, que pueda ser satisfactoria tanto para el médico como para su paciente. Para que el médico haya podido obtener la información clínica pertinente y para que el adolescente haya descubierto a un adulto que sabe escucharle y puede orientarle en lo que a su salud integral se refiere.

Ha sido tema de inacabables discusiones el debate sobre las características físicas que debe reunir una consulta específica para atender adolescentes. Y sabemos que no siempre es fácil conseguir un lugar idóneo. A menudo, estas discusiones esconden un temor, más o menos explícito, a enfrentarse con la realidad del adolescente, con lo que se retrasa el inicio de actividades.

Sin embargo, en acertada frase de J. Roswell Gallagher, considerado “padre de la medicina del adolescente”, el hecho de proporcionar al adolescente un lugar específico no es garantía de su cooperación: **lo que realmente cuenta es la manera como el médico habla con él y lo trata.** De aquí la importancia de adquirir una buena capacidad para la entrevista.

Para estructurar las bases de esta entrevista, debemos adquirir un correcto conocimiento sobre las características del entrevistado (el adolescente), revisar las cualidades y la disposición del entrevistador (el pediatra), y tener muy presentes las características que deben reunir el contenido y la forma de la entrevista para que sea un eficaz acto médico.

La atención del adolescente requiere algo más de tiempo que en otras edades. Es también imprescindible efectuar parte de esta entrevista a solas con el adolescente. El profesional debe conocer las peculiaridades de la “medicina del adolescente” y sentirse cómodo con sus pacientes.

El médico debe tener presente que la mayoría de las veces tiene ante sí un paciente con un grado de madurez suficiente para decidir, acertadamente, sobre temas que le incumben a él. Se deben evitar las actitudes paternalistas; no dar sermo-

nes ni infundir miedos ante algunas actitudes que, subjetivamente, no nos parecen acertadas. El médico no debe imponer sus normas morales o de conducta. Ha de intentar entender la manera de ser del adolescente, con el que quizás habrá una diferencia de edad de 40 años. Esta diferencia de edad entre ambos puede influir en la relación médico-paciente; un médico joven se identificará más fácilmente con el adolescente y un médico de más edad lo hará con los padres. La postura idónea es la neutral. No se ha de convertir en un padre salvador ni en un aliado de los padres. El entrevistador no debe citarse como ejemplo, ni recordarle su adolescencia. Tampoco es una buena táctica querer ponerse a la altura del adolescente imitando sus ademanes, vocabulario o manera de vestir. No debe demostrar al adolescente que él es más amigo que los otros adultos y que con él se puede confabular. El médico, para el adolescente, ha de ser eso, el médico, no un amigo. Debe actuar como consejero y sobre todo como informador. Aunque el adolescente no solicite ninguna información concreta, es conveniente que el pediatra intuya sus necesidades en materias de salud y le facilite información, útil y concreta, sobre los temas de su interés. Si la información se le da por escrito y de fácil y corta lectura, mejor.

Se debe abandonar la idea de que el adolescente es, por definición, un paciente difícil. Como en otras edades, habrá chicos y chicas de carácter poco comunicativo y otros más abiertos y colaboradores. Según el temperamento de la persona, el solo hecho de estar ante un médico y más aún si se está enfermo, cambia el carácter del sujeto. Reacciones de llanto, de no querer hablar o de mentir, pueden ser reacciones pasajeras que irán desapareciendo en posteriores entrevistas.

Además de disponer del tiempo necesario y del lugar idóneo, se deben incluir en la entrevista preguntas no relacionadas directamente sobre temas médicos.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTA

- Presentación del médico.
- Presentación del adolescente.
- Escuchar al adolescente.
- Observar actitudes, relación con los padres (lenguaje corporal).
- Asegurar el secreto médico y el respeto a la intimidad, con sus límites.
- Entrevista a solas con el paciente.
- Ayudar en los temas espinosos a ponerlos en conocimiento y obtener comprensión y cooperación de los padres.
- Usar un lenguaje comprensible, no “argot-coleguilla”.
- Evitar silencios prolongados.

- Considerar seriamente todos los comentarios del paciente.
- NO JUZGAR, ayudar al adolescente a que él sea el que emita su propio juicio de valor.
- No olvidar el motivo de consulta, pero tener en cuenta la “agenda oculta”.
- Los síntomas referidos pueden ser una prueba de hasta dónde pueden confiar en ese médico.
- Preguntas abiertas:
 - ¿Qué se te da bien en el colegio?
- Preguntas ante el espejo:
 - ¿Como son tus padres?
 - Mi madre me agobia.
 - ¿Te agobia?
- Preguntar para aclarar qué quiere decir o recabar más información:
 - ¿Qué quieres decir con eso?
 - Háblame un poco más de lo que te preocupa con tus padres.
- Resumir puntos para clarificar y ayudar a que sea consciente de sus preocupaciones reales.
- Afirmar situaciones posibles o atribuir las a terceras personas en temas embarazosos:

Muchas chicas de tu edad han tenido relaciones sexuales, incluso se han quedado embarazadas, ¿conoces alguna?, ¿qué opinas de ello?...
- Dar apoyo y comprensión de los sentimientos y problemas del paciente.

Para hacer la entrevista con cierto orden y como ayuda para mantener una conversación con el adolescente, que en ocasiones es parco en palabras, recordar algún acrónimo lo facilita. El acrónimo F.A.C.T.O.R.E.S. (familia, amigos, colegio, tóxicos, objetivos, riesgos, estima, sexualidad) es útil como guión de la anamnesis y, a la vez que se realiza el interrogatorio, también se puede dar al paciente información sobre algunos temas

relacionados. El propuesto por Goldenring: H.E.A.D.S.S. (hogar, educación, actividades, drogas, sexualidad, suicidio) ha sido ampliada a H.E.E.A.D.S.S.S. (*eating*, alimentación; *safety*, seguridad), tiene la misma finalidad al igual que las ocho ces de Silber (calcio, colesterol, cigarrillos, condón, cinturón de seguridad, comprensión/cariño, comida, casco).

Conocer otras áreas de la vida del paciente es una manera legítima de conocer más íntimamente su vida, lograr entenderla y así poder ayudarlo. La atención médica del adolescente obliga al profesional a conocer la patología habitual en estas edades y sospecharla tras una correcta entrevista y exploración clínica.

LOS “NO HACER”

- No juzgar.
- No ser sustitutos de los padres.
- No ser “su amigo”.
- No proyectar los sentimientos de nuestra adolescencia.
- No entablar un conflicto de voluntades.
- Nadie les gana en su propio juego. Es imposible hacer mejor de adolescente que el propio adolescente.

LOS “SÍ HACER”

- Escuchar-observar.
- Demostrar interés y preocupación.
- Inculcar su responsabilidad en su cuidado.
- Ser su abogado defensor, recalcar sus aspectos positivos frente a los negativos que resaltan los padres (algo bueno tendrá el muchacho ¿no?...).
- El apoyar en un momento de bajón no es apoyar una conducta inapropiada.

El objetivo del taller es que los participantes obtengan los suficientes conocimientos teóricos y prácticos, enfrentándose a distintos escenarios, para poderlos utilizar en la práctica diaria atendiendo a adolescentes.

Anticoncepción en la adolescencia

N. Parera i Junyent

Unidad de Ginecología Infanto-Juvenil. Departamento d'Obstetricia, Ginecología i Medicina de la Reproducció Institut Universitari Dexeus. Barcelona

EPIDEMIOLOGÍA

Según la *Enquesta de Salut als Adolescents Escolaritzats de Catalunya* 2001, realizada en 7.000 jóvenes de 14 a 19 años, el 24% de las chicas y el 21% de los chicos refieren haber mantenido relaciones sexuales coitales. La media de edad de inicio es de 15,8 años para las chicas y 15,5 para los chicos. La tasa de actividad sexual aumenta con la edad, y el 80% de las adolescentes y el 90% de los adolescentes declaran que utilizan el preservativo como método anticonceptivo habitual.

LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Las relaciones sexuales en la adolescencia se caracterizan por ser irregulares, espaciadas y con frecuencia no previstas. Se consideran monógamas, pero la duración de la pareja es breve ("monogamia sucesiva o en serie").

Existe una menor percepción del riesgo que, unido a la presión del grupo de iguales, a la mayor permisividad social, a la sobreexcitación de los medios de comunicación, a la deficiente educación sexual y la dificultad de acceso a los servicios sanitarios, colocan a los adolescentes en una alta situación de riesgo para embarazos no planificados y para infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el SIDA.

REQUISITOS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

El asesoramiento anticonceptivo en la adolescencia debe considerar una serie de factores:

- **Personales:** edad, madurez física y psicológica, conocimiento de las necesidades de las adolescentes o de la pareja (frecuencia de relaciones sexuales, estabilidad o no de pareja y riesgo de ITS), grado de participación de la pareja, valores y creencias, entornos familiar y social (grupo de iguales) y estado de salud (descartar contraindicaciones).
- **De los métodos anticonceptivos:** eficacia (teórica y de uso), seguridad (repercusión negativa en la salud y en el desarrollo), complejidad de uso, accesibilidad, coste económico, relación con el coito y reversibilidad.

No existe ningún método anticonceptivo ideal para la adolescencia. Podría definirse el método anticonceptivo ideal en la adolescencia como aquel método o métodos que les permita vivir libremente su sexualidad y les proporcione una alta protección frente al embarazo y a las ITS. Para ello, en el consejo contraceptivo a los adolescentes, se les informará sobre las características de cada uno de los métodos anticonceptivos para que puedan tomar una decisión informada.

La legislación y la jurisprudencia española reconocen la plena titularidad de derechos de los menores y la capacidad progresiva para ejercerlos. Los menores maduros pueden prestar consentimiento, tienen derecho a recibir información y a la intimidad (confidencialidad). Los adolescentes que solicitan anticoncepción deben ser informados sobre la naturaleza y objetivos de la misma, sobre los beneficios, riesgos, molestias y efectos secundarios de cada uno de los métodos anticonceptivos, así como de los problemas que pueden derivar de no utilizar anticoncepción y de sus alternativas.

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

- **Recomendables/preferentes:** preservativo, anticoncepción hormonal combinada (oral, anillo vaginal y transdérmica).
- **Aceptables:** anticoncepción hormonal de depósito (inyectable e implantes).
- **Poco aceptables:** DIU, métodos naturales, coito interrumpido, contracepción quirúrgica.
- **De urgencia:** contracepción postcoital.

PRESERVATIVO MASCULINO (CONDÓN)

Método anticonceptivo de elección en las relaciones sexuales esporádicas o cuando se inician relaciones sexuales con una nueva pareja. Puede utilizarse como método anticonceptivo con la pareja habitual o para combinar con métodos anticonceptivos hormonales (doble protección). Ofrece una alta eficacia anticonceptiva, protege frente a las ITS y las displasias cervicales, no tiene efectos secundarios sistémicos, no necesita prescripción médica, es cada vez más asequible, relativamente barato y fácil de llevar consigo.

El miedo a la disminución del placer sexual, las dificultades para negociarlo con la pareja, la falta de información y la asociación de su uso con relaciones sexuales promiscuas son aspectos que condicionan su utilización.

Los adolescentes deben conocer que el uso correcto del preservativo reduce en un 80% la incidencia de infección del HIV en hombres y en mujeres. También reduce la incidencia de otras ITS tanto víricas como bacterianas.

Se debe proporcionar asesoramiento en su uso correcto para una adecuada eficacia, no presuponiendo que se sepa utilizar. Las normas de utilización son las siguientes:

1. Usar el preservativo en todas las relaciones coitales.
2. Utilizar preservativos homologados.

3. Comprobar integridad y fecha de caducidad. No utilizarlos si están deteriorados (goma muy pegajosa, color oscuro del látex, cuarteamiento del mismo).
4. No conservarlos cerca del calor (bolsillo del pantalón, guantera del coche) ya que puede estropearlos. Guardarlos en lugar seco y fresco.
5. Manipular el condón con cuidado para no dañar el látex (uñas, anillos, instrumentos cortantes, "piercings").
6. Colocar el preservativo con el pene en erección antes de introducir el pene en la vagina.
7. Apretar el extremo superior del condón para dejar un espacio sin aire antes de desenrollarlo sobre el pene. Desenrollarlo con cuidado cubriendo totalmente el pene hasta su base.
8. No utilizar lubricantes con base oleosa (vaselina o aceites) pues pueden deteriorar el látex. Pueden usarse lubricantes con base acuosa.
9. Tras la eyacuación retirar lentamente el pene de la vagina antes de que haya desaparecido totalmente la erección. Sujetar el borde inferior del preservativo al pene para evitar que pueda quedar retenido en la vagina o se derrame el semen.
10. Comprobar la integridad del preservativo tras utilizarlo.
11. Cerrar el preservativo con un nudo y desecharlo en la basura.
12. Los preservativos no pueden ser reutilizados. Si se mantiene un nuevo coito hay que utilizar un nuevo preservativo.
13. La asociación de crema u óvulos espermicidas aumenta la eficacia del preservativo.
14. Si se produce rotura o retención del preservativo en la vagina, valorar la utilización de la anticoncepción de urgencia en las siguientes 72 horas.
15. Llevar siempre un preservativo puede ser de utilidad ante una relación sexual imprevista.

La eficacia teórica del preservativo es alta, solo 0,5 a 2% de embarazos por 100 mujeres por año de uso. La eficacia de uso es menor con 8 a 14% de fallos. La tasa de rotura oscila entre el 0,5 al 3%.

Las personas alérgicas al látex pueden utilizar preservativos de tactylon, de poliuretano o de elastómero termoplástico, con precios superiores a los de látex.

PRESERVATIVO FEMENINO

El preservativo femenino es un método barrera de poliuretano que puede controlar la mujer y que si se utiliza de forma adecuada proporciona una protección adicional en la vulva frente a condilomas acuminados y úlceras sifilíticas.

Requiere insertar el anillo flexible dentro de la vagina antes de la penetración. Tiene un mayor coste que el preservativo masculino, mayor tasa de fallos y un peor cumplimiento por desplazamientos durante el coito.

MÉTODOS NATURALES

Los métodos naturales basados en la identificación de los días fértiles (calendario, temperatura basal, moco cervical y sintotérmico) exigen mucha disciplina, no protegen de las infecciones de transmisión sexual y, dado que en la adolescencia es fisiológico que exista una alta frecuencia de ciclos irregulares, la eficacia anticonceptiva es baja. No obstante, la información sobre la fisiología del ciclo femenino sirve como método de autoconocimiento del cuerpo.

Las nuevas técnicas de detección de los días fértiles mediante detección de los niveles de estradiol-3-glucuronido y de hormona luteinizante así como la cristalización de la saliva mejoran la eficacia pero exigen también mucha disciplina, con un elevado coste económico.

COITO INTERRUPTIDO

La retirada del pene de la vagina antes de la eyacuación es un procedimiento muy utilizado por los adolescentes dado que está siempre a su alcance y es barato. Tiene una tasa de fallos elevada y no protege frente a las infecciones de transmisión sexual.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA (AHC)

Posee una alta eficacia anticonceptiva (98-99%) si se utiliza de forma adecuada, sin repercusión en la fertilidad futura y ofrece una serie de beneficios no contraceptivos.

1. Regularidad del ciclo menstrual.
2. Disminuye la incidencia de hipermenorreas, anemia ferropénica, dismenorrea, hemorragia uterina disfuncional, síndrome premenstrual, nódulos benignos mamarios.
3. Disminuye la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica y de embarazo ectópico.
4. Disminuye los quistes de ovario.
5. Disminuye el riesgo de cáncer epitelial de ovario y de cáncer de endometrio.
6. Mejora el acné y el hirsutismo.
7. Incrementa la densidad mineral ósea.

Anticoncepción hormonal combinada en píldora (AHOC)

Consiste en la toma de un comprimido diario durante 21 días seguidos, con un descanso de 7 días transcurridos los cuáles se reinicia un nuevo ciclo.

Prescripción y controles de los AHC

Prescripción: de forma básica y fundamental se realizará una anamnesis orientada a detectar factores de riesgo (descartar contraindicaciones). En la exploración clínica se medirá la tensión arterial (TA) y el peso. Las exploración genital y mamaria pueden posponerse en jóvenes asintomáticas. Se propondrán actividades de promoción de salud: consejo antitabáquico, hábitos higiénico-sanitarios, sexo seguro, etc.

Debe darse información detallada tanto oral como escrita sobre normas de uso, efectos secundarios, riesgos y beneficios. Se informará sobre el mecanismo de acción de los AHC, la toma correcta, los posibles efectos secundarios que pueden aparecer al inicio de la toma (náuseas, tensión mamaria, pequeños sangrados o manchados) y que desaparecen con la toma continuada. Asimismo, se informará sobre las medidas a adoptar en caso de olvidos, de eventualidades en la toma de los comprimidos y de interacciones farmacológicas.

En la elección del preparado a prescribir hay que considerar que la Agencia Europea del Medicamento recomienda iniciar con un preparado con levonorgestrel dado el menor riesgo de tromboembolismo venoso y que menores dosis de 30 µg de etinilestradiol (EE) pueden producir inicialmente mayores sangrados o manchados intermenstruales.

El primer control se realizará a los 3-6 meses. En el mismo se comprobará la toma correcta y se aclararán dudas, se valorarán los efectos secundarios y se resolverán los problemas imprevistos. Se realizará toma de TA y exploración genital y mamaria si no se realizó previo a la prescripción.

Anualmente se actualizará la anamnesis personal y familiar de factores de riesgo, se medirá la TA y el peso y se valorarán los hábitos sexuales.

Cada 3-5 años se realizará control analítico, palpación abdominal, exploración pélvica.

La citología se realizará cada tres años, aunque existen recomendaciones de realizar una citología anual en adolescentes por el riesgo de exposición a la infección por el papilomavirus humano.

Cumplimiento de AHOC en adolescentes

La tasa de fallos de los AHOC en las adolescentes es muy superior al de otras mujeres, probablemente debido al uso incorrecto del método. También la tasa de abandonos es muy elevada, relacionada con los efectos secundarios iniciales y las eventualidades que con frecuencia ocurren al inicio de la toma de los AHOC. Por este motivo para mejorar el cumplimiento es muy importante considerar en el momento de prescribir un AHOC:

- La eficacia anticonceptiva de los AHOC es muy elevada si se toman de forma adecuada sin omisiones ni olvidos.
- Debe darse una correcta información sobre las eventualidades y efectos secundarios que pueden aparecer al inicio de la toma de los AHOC y que desaparecen con la continuidad de los mismos.
- La información referente a los efectos beneficiosos no contraceptivos que los AHOC les van a proporcionar puede ser un factor adicional.
- La demora en el inicio de un nuevo envase constituye un riesgo elevado de fallos. Las formulaciones con 28 comprimidos (7 de ellos placebo que completan la semana libre de toma) pueden ser útiles para evitar estos fallos.

- Los preparados con dosis inferior a 30 µg de EE presentan mayor frecuencia de sangrado o manchado intermenstrual al inicio de la toma y mayor riesgo de fallo tras el olvido de uno o dos comprimidos, pero tras unos meses de utilización de estos AHOC, la incidencia de sangrado o manchado intermenstrual es igual a formulaciones de 30 µg o más de EE y producen menor incidencia de náuseas, mastalgia e hinchazón que AHOC de mayor dosis.
- El aumento de peso es un efecto secundario muy temido por las adolescentes. Es importante insistir sobre ello y explicar que si se produce un aumento de peso no es por los AHOC.
- La facilidad en la atención a la joven cuando tiene alguna duda o algún problema mejorará el cumplimiento.

Anticoncepción hormonal combinada en anillo vaginal

Se trata de un anillo transparente de 54 mm de diámetro por 4 mm de grosor de un polímero (evatane) que contiene 2,7 mg de EE y 11,7 mg de etonorgestrel (metabolito biológicamente activo del desogestrel) y que libera cada día 15 µg de EE y 120 µg de etonorgestrel que se absorben a través de la mucosa vaginal.

El anillo se coloca en el interior de la vagina el primer día del sangrado menstrual y se retira a los 22 días. Tras un período de 6 días sin anillo en los que aparece la hemorragia por privación, se introduce un nuevo anillo.

La vía vaginal permite evitar el primer paso hepático del fármaco, garantiza un mejor cumplimiento y no está condicionada por procesos gastrointestinales. La eficacia anticonceptiva es similar o superior a los AHOC.

Las indicaciones, contraindicaciones y controles son los mismos que para los AHOC. Requiere manipulación de los genitales y no interfiere en las relaciones coitales.

Anticoncepción hormonal combinada transdérmica

Es un sistema de liberación transdérmica de tipo matriz en forma de parche de 45 mm de lado y menos de 1 mm de grosor. Contiene 0,6 mg de EE y 6 mg de norelgestromina (NGMN) (principal metabolito activo del norgestimato) y libera diariamente 20 µg de EE y 150 µg de NGMN.

El parche se coloca pegado en la piel (salvo en las mamas) el primer día del sangrado menstrual y se cambia una vez por semana durante tres semanas. Tras una semana sin parche en la que aparece la hemorragia por privación se inicia un nuevo ciclo de tres semanas. Su uso es muy sencillo.

La vía transdérmica permite evitar el primer paso hepático del fármaco, garantiza un mejor cumplimiento y no está condicionada por procesos gastrointestinales. La eficacia anticonceptiva es similar o superior a los AHOC.

Las indicaciones, contraindicaciones y controles son las mismas que para los AHOC. La eficacia anticonceptiva en mujeres con peso superior a 90 kg es menor y no se recomienda en mujeres con problemas dermatológicos.

CONTRACCIÓN HORMONAL INYECTABLE (AHI)

El acetato de medroxiprogesterona, con dosis de 150 mg, se inyecta cada tres meses (la primera vez entre el primero al quinto día del ciclo menstrual). Ofrece una elevada eficacia anticonceptiva y puede utilizarse en adolescentes con contraindicación de la AHOC combinada. Sus principales efectos secundarios son las alteraciones menstruales, inicialmente sangrados irregulares y posteriormente amenorrea. Se señala también como efecto secundario aumento de peso, aunque algunos autores no encuentran variación del peso en usuarias de este método. Su uso en adolescentes se ha asociado a disminución significativa de densidad mineral ósea, aunque los efectos clínicos de esta reducción son desconocidos. Puede producir una prolongada supresión de la ovulación tras su interrupción.

La AHI es una opción para adolescentes con problemas psíquicos, retraso mental o problemas conductuales. No protege frente a las ITS.

CONTRACCIÓN HORMONAL EN IMPLANTES

En España se han comercializado dos implantes anticonceptivos de gestágenos:

- **De una varilla:** implante que libera etonorgestrel, con duración de tres años.
- **De dos varillas:** implantes que liberan levonorgestrel, con duración para cinco años.

Poseen ambos una elevada eficacia anticonceptiva (tasa de fallos de 0 a 1 por 100). Los principales efectos secundarios son las alteraciones menstruales. Tanto para su inserción como para su extracción requieren una sencilla intervención con anestesia local. Se colocan mediante un aplicador de forma subdérmica en la cara interna del surco bicipital medio del antebrazo no dominante. No protegen de las ITS.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

No se considera un método anticonceptivo de primera elección en la adolescencia por el mayor riesgo potencial de las adolescentes a la enfermedad inflamatoria pélvica (el 20% se dan en este grupo de edad) ya que la relativa inmadurez del sistema inmunitario y la ectopia cervical favorecen las infecciones de transmisión sexual. En una adolescente con pareja estable mutuamente monógama el DIU puede considerarse como opción anticonceptiva, especialmente si no tolera la anticoncepción hormonal.

Posee una elevada eficacia anticonceptiva, es relativamente barato, de fácil cumplimiento y no tiene relación con el coito. Puede producir un incremento del sangrado intermenstrual, aumento de la intensidad y duración de la menstruación y de la dismenorrea. Precisa inserción y extracción por profesionales y no protege de las infecciones de transmisión sexual. En situaciones de riesgo se recomienda utilizar preservativo.

Las contraindicaciones del DIU son: embarazo, malformación uterina, neoplasia del tracto genital, hemorragia genital

no diagnosticada, riesgo de ITS, enfermedad inflamatoria pélvica activa (esperar tres meses sin síntomas), menstruaciones abundantes con signos clínicos de anemia, hiperbilirrubinemia secundaria a enfermedad de Wilson.

Las adolescentes que deseen utilizar el DIU como método anticonceptivo deben ser informadas de la posible ocurrencia de alteraciones menstruales, mayor dismenorrea y riesgo de infecciones de transmisión sexual si no existe una pareja mutuamente monógama. La inserción y controles se harán igual que en cualquier otra mujer. Existe un documento de consentimiento informado.

CONTRACCIÓN DE URGENCIA

Aunque no se considera un método anticonceptivo, su administración antes de 72 horas tras un coito potencialmente fecundante previene el embarazo en el 94 a 98% de los casos, con mayor eficacia si se administra en las primeras doce horas. Existen comercializadas formulaciones cuya indicación es la anticoncepción de urgencia, con uno o dos comprimidos que contienen 0,75 ó 150 mg de levonorgestrel cada uno. Se tomarán dos o un comprimido, respectivamente, antes de las primeras 72 horas del coito potencialmente fecundante. Como efectos secundarios destacan las náuseas, que pueden minimizarse con la ingesta previa de alimentos.

Es importante que los adolescentes conozcan la existencia de la anticoncepción de emergencia para que puedan solicitarla en caso de necesitarla. Dado que la mayor eficacia de la anticoncepción de emergencia se produce si se utiliza en las primeras 12 horas, algunos autores postulan la conveniencia de proporcionar este tratamiento a las adolescentes, señalando que esto no se asocia a un mayor riesgo de relaciones sexuales no protegidas.

DOBLE MÉTODO: ANTICONCEPCIÓN HORMONAL MÁS PRESERVATIVO

La asociación de un método anticonceptivo hormonal (oral, anillo vaginal, parche, implante o inyectable) con el preservativo sería de elección en adolescentes, ya que proporciona una alta eficacia frente al embarazo y a las infecciones de transmisión sexual. Requiere una alta motivación por ambos miembros de la pareja.

BIBLIOGRAFÍA

- Coll i Capdevilla C, Ramírez Polo IM, Martínez San Andrés F, Ramírez Hidalgo A, Bernabéu Pérez S y Díez Febrer E. Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de barrera, naturales y DIU. En: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Rahola R y De Pablo Lozano JL. Sociedad Española de Contracción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza 2001. p. 729-70.
- Conferencia de Consenso: Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Sociedad Española de Contracción. Madrid: Aula Médica; 2000.

- Elford KJ, Spence JHE. The forgotten female: pediatric and adolescent gynecological concerns and their reproductive consequences. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; **15**: 65-77.
- García Cervera J, Pérez Campos E. Anticonceptivos inyectables, implantes subdérmicos y anillos vaginales. En: Pellicer A y Simón C, eds. Cuadernos de medicina reproductiva. Contracepción en el siglo XXI. *Panamericana* 2001; **7** (2): 65-81.
- García Cervera J. Protocolos de Ginecología de la Adolescencia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Contracepción en la adolescencia. www.sego.es.
- Lafferty WE, Downey L, Holan CM, Lind A, Kassler W, Tao G et al. Provision of sexual health services to adolescent enrollees in medicaid managed care. *Am J Pub Health* 2002; **92** (11): 1779-83.
- Llopis Pérez A. Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. En: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Rahola R y De Pablo Lozano JL, eds. Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza 2001. p. 705-28.
- Martínez F, Parera N. Panorama anticonceptivo en 2004. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 2004; **21** (1): 41-52
- Quintana Pantaleón R. Anticoncepción en la adolescencia. Castellano G, et als. Medicina de la adolescencia. Madrid: Ergon 2004. p. 124-32.
- Parera Junyent N, Martínez San Andrés F y Surís i Granell JC. Anticoncepción en la adolescencia. En: Pellicer A y Simón C, eds. Cuadernos de medicina reproductiva. Contracepción en el siglo XXI. *Panamericana* 2001; **7** (2): 167-77.
- Parera Junyent N. Sociedad Española de Contracepción. Documento sobre los derechos de los adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 2004; **21** (5): 345-6.
- Surís JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya 2001. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font; 2002.

Uso de psicofármacos

A. Javaloyes Sanchís

Psiquiatra de la Infancia y de la Adolescencia. Centro Mediterráneo Neurociencias. Alicante

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, tanto la evidencia científica como la información que se deriva de la práctica clínica, confirman un aumento claro de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Diferentes estudios muestran que cerca el 20% de la población menor de 18 años presentan algún trastorno mental, aunque se estima que solamente uno de cada diez de estos niños o adolescentes entra en contacto con profesionales de Salud Mental. A pesar de que no existe todavía un Plan de Especialización en nuestro país, existen ya muchos profesionales dedicados específicamente a cuidar de la salud mental de niños y adolescentes, y los recursos disponibles son cada vez más numerosos. Entre las intervenciones terapéuticas que desde la psiquiatría infanto-juvenil realizan, el empleo de psicofármacos ha aumentado de forma clara tanto en la variedad como en la cantidad de éstos.

Desde Atención Primaria, el pediatra se enfrenta a una elevada prevalencia y a una demanda de intervención ante los problemas emocionales y conductuales de niños y adolescentes. Siendo sensibles a estos cambios experimentados, los pediatras muestran un interés creciente por conocer los trastornos psiquiátricos más comunes y por manejar estrategias de manejo básicas para estos niños y adolescentes. Esta tarea cuenta con dos limitaciones claras: por un lado la escasez de formación específica en este campo disponible para los profesionales de pediatría y por otro, la falta de tiempo para poder realizar aproximaciones diagnósticas y manejar esta problemática.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En la década de los cincuenta se introdujeron por primera vez los psicofármacos en la práctica psiquiátrica de adultos. Existe ya algún estudio aislado en población infantil, pero se trata de trabajos de poca calidad metodológica, no controlados y con pocos sujetos, centrados principalmente en la población con retraso mental.

En las décadas siguientes se produce un aumento gradual de la administración de psicofármacos a la población psiquiátrica infantil aunque sin ninguna evidencia científica, usándose para trastornos inespecíficos y el tratamiento de síntomas aislados. Los conocimientos en población psiquiátrica adulta se extrapolan a población infantil, sin estudios científicos.

Es en la década de los setenta cuando se aplican los primeros estudios aplicando protocolos terapéuticos y evaluando efectividad y se producen los primeros intentos claros de definir las indicaciones de los tratamientos en la población infantil y de realizar estudios rigurosos de efectividad y seguridad de estos fármacos en este grupo de edad.

En los 90 se introduce la práctica clínica basada en hallazgos científicos, y con ello se delimitan los trastornos psiquiátricos infanto-juveniles en los cuales los psicofármacos tienen un claro valor terapéutico. Se produce la introducción de los NL atípicos, y se empiezan a utilizar de forma mucho más frecuentes los psicoestimulantes y los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina.

A pesar de los muchos avances de los últimos años, faltan todavía estudios rigurosos evaluando beneficios y riesgos a largo plazo, falta información farmacológica específica para este grupo de edad y existe una discrepancia entre el uso clínico y las licencias farmacéuticas.

A pesar del claro aumento de prescripciones y de un aumento de interés por parte de la industria farmacéutica, la investigación en psicofarmacología pediátrica no ha avanzado tanto como la de adultos, debido a las dificultades que los estudios en esta población conllevan.

GENERALIDADES

Las premisas para la utilización de psicofármacos en población infantil son: diagnóstico adecuado, fármaco más indicado (balance entre efecto terapéutico y efectos secundarios), menor dosis con efecto terapéutico, evaluación continua de eficacia/seguridad, uso de terapias de forma paralela: terapia de familia, terapia cognitiva, apoyo en la faceta educacional y social.

Todos los estudios que revisan la utilización de psicofármacos en la infancia, concluyen con el hecho de que en la última década se ha producido un aumento significativo. Este aumento se sitúan, según revisión publicada en Archives of disease in childhood, en un 68% para el Reino Unido y un 52% en España (comparativa entre 1999 y 2006). Estudios recientes muestran que entre un 27 y un 45% de los niños y adolescentes en contacto con Psiquiatras Infantiles reciben medicación psicotrópica. Es por tanto muy necesario que el pediatra se familiarice con las prácticas de prescripción de los distintos psicofármacos disponibles ya que en la consulta diaria, van a ser muchos los adolescentes que están en seguimiento con profesionales de Salud Mental Infantil, y reciben psicofármacos. Además de este grupo de pacientes, y debido al aumento de la demanda y la alta prevalencia de problemática de Salud Mental, es posible que el Pediatra prescriba aunque sea de forma temporal psicofármacos, e incluso tal y como ya ocurre en algunas zonas de nuestro país, el pediatra sea el que pautе y supervise la eficacia del tratamiento farmacológico en patologías como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o los trastornos de ansiedad.

La prescripción de psicofármacos no está exenta de controversias. La evidencia científica en este campo es todavía muy limitada debido a la falta de estudios en esta área. De todos los psicofármacos, un 80% de la medicación que se usa en población pediátrica se hace sin la licencia de la compañía farmacéutica. En los últimos años han sido muchas las informaciones que nos han alertado sobre el riesgo de algunos de los psicofármacos. Las áreas más controvertidas son la posible asociación existente entre el uso de los antidepresivos en adolescentes y el aumento de ideación suicida y la posible asociación entre el uso de psicoestimulantes y las patologías cardíacas. A continuación se revisará el porque se estas alarmas y las recomendaciones actuales. Otro aspecto de interés creciente es la necesidad de introducir en los hábitos de prescripción la utilización del consentimiento informado. Durante el taller se revisará los aspectos a favor y en contra de utilizar el Consentimiento informado a la hora de prescribir los psicofármacos y las recomendaciones existentes tanto a nivel legal como ético en este terreno. De igual forma, y debido también a las diferencias existentes entre distintos profesionales a la hora de pedir pruebas complementarias, se revisaran las recomendaciones internacionales sobre la necesidad de pedir pruebas complementarias antes y durante la utilización del los psicofármacos, y como el pediatra debe implicarse o no en la realización de éstas.

Además de revisar la información teórica básica referente a los psicofármacos, este taller se va a ocupar de revisar casos clínicos de adolescentes con problemática de salud mental y se revisaran las distintas opciones de psicofármacos disponibles y el papel de del pediatra en el manejo de éstos. Se manejaran en la práctica muestras de los distintos psicofármacos para familiarizarse con las presentaciones, las indicaciones, las dosis, los efectos secundarios y la expectativa de mejora esperable con ellos.

A partir de los casos clínicos revisaremos los siguientes grupos farmacológicos: psicoestimulantes, antidepresivos, neurolepticos, estabilizadores de ánimo, benzodiacepinas, inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina.

FAMILIAS DE PSICOFÁRMACOS

Psicoestimulantes

Son la primera línea de tratamiento en el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y tienen una efectividad del 80%. El único disponible en nuestro país es el metilfenidato que está comercializado como Rubifen, Concerta (liberación lenta 12 horas) y Medikinet (liberación lenta 8 horas).

Los psicoestimulantes no se recomiendan por debajo de los 4 años. Las dosis iniciales son de 0,5 mg/kg/dosis y se puede aumentar hasta 1,2 mg/kg/dosis en función de la efectividad. Con Rubifen se deben administrar 2-3 dosis al día siempre después de la comida (debido al efecto supresor del apetito). Concerta se administra una vez al día y la eficacia terapéutica es de 12 horas. Es importante valorar respuesta con escala de Conners e informes escolares, y supervisar los posibles efectos secundarios.

Aunque hasta hace unos meses, la indicación era utilizar los psicoestimulantes solo durante el período escolar, las recomendaciones de los estudios recientes es que se utilice todos los días de la semana. La decisión de interrumpir la administración de medicación los días no escolares y períodos de vacaciones debe ser individualizada. Para atribuir un efecto positivo o negativo se requiere un plazo razonable de tiempo. Se recomienda que al inicio de cada curso académico reevaluar la conveniencia de proseguir.

Los efectos secundarios de los psicoestimulantes son: insomnio, pérdida de apetito, fenómeno de rebote al extinguirse el efecto de la dosis de la tarde, dolor abdominal, cefalea, disminución del crecimiento, empeoramiento de los tics.

En niños con TDAH y epilepsia se recomienda cuando no existen crisis y se mantiene un tratamiento anticonvulsivante de base. En niños con TDAH y tics, aunque en principio está contraindicado el tratamiento con psicoestimulantes, hay estudios que sugieren que a dosis altas se produce un mejor control de los tics.

En niños con TDAH y trastornos del desarrollo del espectro autista se debe de emplear con precaución ya que en ocasiones se puede provocar agitación psicomotriz. De todas formas en algunos casos mejoran la concentración, la hiperactividad y los movimientos estereotipados.

La tarea del pediatra de Atención Primaria en este grupo de fármacos es implicarse en el seguimiento y supervisar los posibles efectos secundarios. En el subgrupo de adolescentes que presentan un TDAH puro, sería posible también manejar el Metilfenidato desde Atención Primaria, parece que en nuestro país existen regiones donde esta es una práctica habitual.

Las cuestiones a debate en el taller serán las siguientes:

- Controversia sobre el aumento de su prescripción.
- Pruebas complementarias necesarias.
- El pediatra como prescriptor de este grupo de fármacos.
- El pediatra como apoyo al psiquiatra infantil en niños con psicoestimulantes.
- Relación entre psicoestimulantes y consumo de tóxicos en la adolescencia.
- Alternativas a los psicoestimulantes en adolescentes con TDAH.
- Asociaciones entre psicoestimulantes y neurolepticos.
- Que puede hacer el pediatra con los efectos secundarios de los psicoestimulantes (que hacer con los problemas de apetito, problemas de sueño...).

Neurolepticos/antipsicóticos

Aunque los neurolepticos tienen como principal indicación el tratamiento de los trastornos psicóticos, en la infancia y la adolescencia se utilizan de forma muy frecuente para controlar conductas disruptivas, agresividad e impulsividad. Los neurolepticos atípicos a diferencia de los convencionales, tienen un perfil de efectos secundarios mucho más limpio y a dosis bajas se utilizan desde edades bien tempranas.

Es importante no olvidar que siguen siendo fármacos además de la iatrogenia que puedan tener, afectan a nivel cogni-

tivo al niño por lo que es esencial utilizarlos a dosis bajas y durante un tiempo limitado y monitorizar muy de cerca las consecuencias de su uso.

Entre otros los más utilizados son: clorpromazina, haloperidol, tioridazina, sulpirida de los convencionales y risperidona, olanzapina y quetiapina de los atípicos. La mayoría de ellos ofrecen la posibilidad de administración en jarabe, gotas o comprimidos dispersables, lo que facilita la administración a los niños.

Las dosificación debe comenzar con la mínima dosis posible, y se irá aumentando de forma gradual según sea tolerado.

Las cuestiones abiertas a discusión durante el taller serán entre otras:

- Situación legal ante la utilización de neurolépticos en adolescentes.
- Controversia sobre el aumento de su prescripción.
- Papel del pediatra ante los efectos secundarios de los neurolépticos (aumento de peso, cansancio, sedación).
- Necesidad de pruebas complementarias.
- Utilización ante diagnósticos vs. síntomas.

Antidepresivos

Los antidepresivos se utilizan en los niños para diagnósticos muy variados y pueden mejorar entre otros los siguientes síntomas: tristeza, ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos, labilidad emocional, fobia social. Los diagnósticos clínicos en los que están indicados son: episodios depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y enuresis nocturna.

Inhibidores de la recaptación de serotonina

A pesar del amplio uso de estos fármacos, no tienen licencia farmacológica para su utilización en la infancia. Además en los últimos meses, ha saltado la polémica sobre el aumento de las conductas suicidas en niños y adolescentes en tratamiento con los inhibidores de la recaptación de la serotonina (que hasta ahora eran los antidepresivos que ofertaban un perfil de más seguro en los niños). Esto ha hecho que se desaconseje la utilización de éstos.

Entre los más utilizados en el grupo de la infancia y de la adolescencia se encuentran: fluoxetina, paroxetina, sertralina y fluvoxamina. Las dosis que se utilizan son las mismas que se recomiendan en los adultos. Por lo general, son bien tolerados (los efectos secundarios más frecuentes son síntomas gastrointestinales). El consejo es mantener al menos entre tres y seis meses después de la mejoría. Es importante vigilar en el niño la aparición de síntomas hipomaniacos.

Antidepresivos tricíclicos

Debido a la tasa alta de efectos secundarios (cardiotoxicidad y sedación) y a su efecto letal en sobredosis no están indicados en la infancia y adolescencia como primera línea de antidepresivos.

Los más utilizados en niños son: imipramina, amitriptilina, y desipramina. Se recomienda utilizar dosis bajas (10-20 mg) y vigilar de cerca efectos secundarios.

Antes de comenzar el tratamiento, se recomienda un electrocardiograma de base.

Los aspectos a debatir durante el taller incluirán:

- Asociación entre los antidepresivos y el aumento de la ideación suicida.
- Aspectos legales sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes.
- Dosificación de los antidepresivos en adolescentes vs. adultos.
- Tipos de antidepresivos y preferencias de uso en la adolescencia.

Estabilizadores del estado de ánimo/moduladores del control de impulsos

Carbamazepina/oxicarbamazepina

Se utilizan con relativa frecuencia para controlar conductas de agresividad e impulsividad, sobre todo, en el grupo adolescentes. La oxcarbamazepina (Trileptal) ofrece un perfil mucho más limpio de efectos secundarios y no es necesario realizar analíticas de control ni niveles terapéuticos. La dosis recomendada es de 15-40 mg/kg/día, repartida en dos tomas.

Ácido valproico

Tiene acción como estabilizador emocional, mejora también agresividad, e impulsividad. La dosis recomendada oscila entre 20-40 mg/kg/día repartida en dos dosis. Los efectos secundarios más frecuentes son: aumento del apetito, aumento de peso, caída de cabello, temblores, trombopenia.

Topiramato

Antiepileptico con propiedades terapéuticas en impulsividad y agresividad. Recomendado sobre todo para los adolescentes. Es importante administrar la dosis mínima que sea efectiva y vigilar la presencia de efectos secundarios.

De los estabilizadores de ánimo/moduladores del control de impulso se debatirán los siguientes aspectos:

- Controversia sobre el aumento de su utilización en adolescentes.
- Dosis recomendadas vs. dosis utilizadas como antiepilepticos.
- Efectos secundarios mas comunes.
- Situación legal de la prescripción para los trastornos de conducta.
- Eficacia en diagnósticos vs. síntomas.

Benzodiacepinas

La utilización de los tranquilizantes en niños y adolescentes debe limitarse a casos graves y a períodos muy breves. La indicación principal son los trastornos de ansiedad. Algunos de ellos cuentan con la presentación pediátrica, lo que hace posible el ajustar la dosis de forma adecuada.

Entre otros los puntos a debatir y a clarificar en el taller serán:

- Dificultades de utilización en la etapa adolescente.
- Dosis y presentaciones mas adecuadas.

- Tiempo de utilización recomendado.
- Papel del pediatra ante su prescripción y mantenimiento.
- Eficacia en diferentes diagnósticos.
- Papel ante los trastornos del sueño del adolescente.

Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina: atomoxetina

Psicofármaco comercializado para el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En los EE.UU. está en el mercado desde el primer trimestre del 2003, y en España se comercializó finalmente a finales del 2007 como Strattera.

Al no ser una anfetamina modificada, amplía las opciones terapéuticas de este trastorno. La dosis recomendada es de 0,5 mg/kg/día durante una semana y después 1,2 mg/kg/día. Los estudios muestran que tiene un perfil más específico cuando existe ansiedad comórbida o *tics*.

La información complementaria que se debatirá en el taller incluye:

- Indicaciones actuales en el tratamiento del TDAH.
- Perfil específico de este fármaco y diferencias con los psicoestimulantes.
- Efectos secundarios más frecuentes.
- Papel del pediatra ante su utilización.
- Controversia sobre la financiación y la necesidad de visado de la Inspección sanitaria.
- Dosificación y tiempos de eficacia previstos.

ANEXO

A continuación se incluyen las recomendaciones oficiales de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto Juvenil sobre el uso de psicoestimulantes y de antidepresivos en niños y adolescentes.

Psicoestimulantes

La Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil considera que:

1. El TDAH es un trastorno grave que afecta negativamente al desarrollo emocional, el aprendizaje escolar y la adaptación social de los niños y los adolescentes, y para el que existen tratamientos eficaces.
2. La seguridad de los tratamientos constituye un aspecto esencial que todos los implicados conocemos y valoramos con especial interés.
3. De acuerdo con las recomendaciones de la AACAP (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*) y las nuestras propias, en todos los pacientes tratados con psicoestimulantes se debe hacer una buena historia médica y exploración previas, siendo innecesarios, de acuerdo con

los estudios existentes, un estudio cardiovascular explícito o la realización de un electrocardiograma (ni de un electroencefalograma) si no hay sospecha clínica previa de problemas en este sentido.

4. Hasta el momento actual, el beneficio del tratamiento con psicoestimulantes en los niños y adolescentes es muy superior al riesgo de no aplicarlo.
5. Ni los estudios publicados hasta la fecha, ni la práctica clínica, ni los datos epidemiológicos recogidos han indicado ni indican riesgo alguno superior al de la población general en cuanto al uso de los fármacos mencionados en relación con problemas cardiovasculares, incluido el riesgo de muerte súbita.
6. Desde la perspectiva de su gran seguridad como fármacos, la Asociación Española de Psiquiatría infanto-juvenil comprende la importancia de identificar y estudiar todos los efectos adversos raros que sucedan y de determinar su prevalencia como único camino para poder tomar una decisión ponderada riesgo-beneficio en cuanto a su uso. Además, en dicha toma de decisión deben incluirse los riesgos a largo plazo que puede determinar el TDAH no tratado.

Antidepresivos

La Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil considera que considera que:

1. La depresión es una enfermedad grave que interrumpe el desarrollo emocional, el aprendizaje escolar y la adaptación social de los niños y los adolescentes. Es urgente disponer de tratamientos eficaces.
2. La seguridad de los fármacos es un apartado esencial del tratamiento y, en consecuencia todos los resultados de los estudios realizados en niños y adolescentes deben ser públicos y conocidos y debe haber un registro nacional de esos resultados.
3. De acuerdo con las recomendaciones de la FDA (*Federal Drug Administration*) en todos los pacientes tratados con antidepresivos se debe hacer un control riguroso de los posibles efectos secundarios, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento, con el fin de detectar, de forma inmediata, la aparición o incremento de ideación suicida.
4. Hasta el momento actual, y de acuerdo con los datos de que se dispone, el beneficio del tratamiento con antidepresivos, en los niños y adolescentes, es superior al riesgo de no aplicarlo. No hay que olvidar que la depresión es la primera causa de suicidio en los adolescentes.
5. Deben hacerse nuevos estudios diseñados expresamente para evaluar la posible relación entre fármacos antidepresivos y riesgo de ideación suicida.

Búsqueda bibliográfica en Medicina de la Adolescencia

J. González de Dios

Servicio de Pediatría. Hospital de Torrevieja. Alicante. Co-director de la revista secundaria "Evidencias en Pediatría"

EL ENTORNO ACTUAL DE LA INFORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD: DE LA "INFOXICACIÓN" A LA "EVIDENCIA", PASANDO POR LA "WEB 2.0"

Desde hace décadas, los continuos cambios científicos generan tal cantidad de información que los profesionales necesitan saber encontrar por sí mismos la información científica necesaria para el ejercicio profesional y las tareas de investigación. A pesar de que las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) están mejorando extraordinariamente la difusión de la información y el acceso al conocimiento, los profesionales continúan sufriendo las consecuencias de la gran saturación de información que existe hoy en día. La llamada "explosión informativa" continúa vigente y se ha agravado con la popularización de Internet que, además de aportar un gran número de contenidos nuevos, en numerosas ocasiones repite los ya existentes en otros soportes. Actualmente se publican en el mundo más de 100.000 revistas científicas y técnicas que dan lugar a dos millones de artículos, y cada año se editan 150.000 libros, de los cuáles unos 40.000 son sobre temas relacionados con las Ciencias de la Salud. Por otra parte, debido a la constante renovación de la ciencia, la información se hace obsoleta rápidamente; sin embargo, las nuevas publicaciones no sustituyen a las anteriores, sino que conviven con ellas. La dispersión de la información, consecuencia muchas veces de la cada vez mayor multidisciplinariedad de los equipos de investigación, obliga al profesional a realizar búsquedas en múltiples fuentes, cuya existencia y manejo debe conocer, al tiempo que debe eliminar las redundancias o repeticiones. Además, el aumento de la especialización produce cada vez un mayor número de publicaciones sobre temas particulares.

En definitiva, la enorme cantidad de información existente y la diversidad de fuentes que la recogen requieren un mejor conocimiento de éstas por parte de los profesionales que, además, deberán familiarizarse con las nuevas TIC que permiten su difusión y acceso, así como con la metodología de la búsqueda bibliográfica, incluyendo los lenguajes de recuperación controlados de algunas bases de datos y las herramientas que les permitan satisfacer sus necesidades de precisión o exhaustividad en la recuperación de información.

Y cuando Internet ya es un lugar de encuentro habitual en nuestra actividad diaria personal y profesional, cuando parece que ya hemos logrado llegar, resulta que casi nos estamos quedando atrás. Pues es justo ahora, cuando se está produciendo un nuevo salto en el desarrollo de la red, que pasa de ser un sitio donde almacenar y buscar información, a convertirse en un lugar donde esta información se genera, comparte, modifica y, además, se le agrega valor añadido por parte de los usuarios.

Esta nueva forma de utilizar la red se ha venido en llamar **Web 2.0** y también en Ciencias de la Salud está llamada a ser una revolución. Así pues, la revolución de la información y de las bibliotecas implica que la información deja de ser estática (biblioteca clásica, basada en la autoridad y, principalmente, en forma de texto) a ser dinámica (biblioteca viva, creada por la comunidad de usuarios, en la que los archivos de audio y vídeo empiezan a tener protagonismo, y donde ya apreciamos algunas de sus múltiples caras: *weblogs, podcasts, videocasts, webtap, wiki*, etc.).

Ante este entorno de exceso de información científica al que estamos sometidos los médicos, se ha creado el neologismo "infoxicación" (intoxicación de información). Los médicos solemos utilizar la literatura científica como ayuda en la toma de decisiones clínicas de dos formas complementarias: por un lado, mediante el seguimiento o la revisión ordinaria de un tema y, por otro, a través de búsquedas orientadas en función de los problemas. La lectura de ambas fuentes de información es necesaria para estar al día y bien informado, si bien es necesario que toda publicación se someta a un proceso de evaluación crítica para decidir si la información que aporta es válida, clínicamente relevante y aplicable a los problemas médicos específicos. Es necesario conocer y aplicar ciertas reglas de evaluación y apreciación crítica para distinguir entre soluciones preliminares y definitivas, para separar el grano de la paja. Normalmente la evidencia original (generalmente, en forma de artículos en revistas biomédicas) que sirve más a la ciencia que a la práctica clínica se publicará, casi siempre, antes de la síntesis de la información científica (generalmente, en forma de revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías de práctica clínica, informes de evaluación de tecnologías sanitarias, métodos de consenso, etc.) que ya nos servirá un poco más a la práctica clínica, y cuyo objetivo es aportar más ciencia al "arte de la medicina".

El médico ha dejado de ser un acumulador de información para convertirse en un buscador de fuentes de información, de forma que se plantean estrategias incorporadas a la práctica clínica como una posible solución ante el exceso de información médica actual. Una de esas posibles soluciones es el paradigma científico conocido ya como **Medicina basada en la evidencia** (o en pruebas).

LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (O EN PRUEBAS): UN ADOLESCENTE EN PLENO "BROTE HORMONAL" CON CAPACIDAD PARA GESTIONAR LA "INFOXICACIÓN"

Hay dos nombres especialmente vinculados al nacimiento de la Medicina basada en la evidencia (MBE):

- **Archie Cochrane**, quien con su texto *“Effectiveness and Efficiency”* planteó con agudeza la necesidad de recopilar y revisar críticamente los ensayos clínicos para que las decisiones médicas se fundamentaran en pruebas empíricas fiables. Inspiró la idea de la Colaboración Cochrane en la Universidad de Oxford (Gran Bretaña); posteriormente, se han desarrollado 12 centros Cochrane activos en el mundo, entre los que se encuentra el Centro Cochrane Iberoamericano.
- **David Sackett**, líder natural del *Evidence-Based Medicine Working Group* (EBMWG) de la Universidad de McMaster, en Ontario (Canadá). El EBMWG está formado, principalmente, por miembros de los Departamentos de Medicina, Epidemiología Clínica y Bioestadística, quienes han difundido los conocimientos y bases de este nuevo paradigma científico, tanto a través de la serie de artículos publicados en JAMA como por las distintas ediciones del libro *Evidence Based Medicine. How to Practice and Teach EBM*.

Es un artículo publicado en JAMA en 1992, firmado por el EBMWG, el que marca el teórico inicio de la MBE y en el que se llamaba la atención sobre las necesidades de un **“nuevo paradigma”** para la práctica de la medicina frente al “viejo” paradigma fisiopatológico. En este nuevo paradigma se hace mayor hincapié en el análisis de las pruebas aportadas por la investigación que en la intuición, en la experiencia clínica no sistemática y/o en el razonamiento fisiopatológico.

Como vemos, han pasado tan sólo 16 años desde los primeros brotes de la MBE y en tan poco tiempo, este paradigma “adolescente” ha motivado un gran número de publicaciones de carácter divulgativo, tanto a nivel internacional como nacional o, incluso, en el ámbito de la pediatría nacional. Pero también ha provocado una **considerable polémica**, como no podía ser menos en un adolescente en pleno brote hormonal. Porque no todos están de acuerdo con que la MBE sea un nuevo paradigma que vaya a sustituir al viejo paradigma fisiopatológico. Además de la inexactitud histórica (1992 no es una fecha mágica que marque el inicio de una nueva era en que las decisiones sí van a estar basadas en la “evidencia”) y de los problemas epistemológicos (como es la sustitución de las teorías propuesta por Thomas S. Khun en torno a los paradigmas), cabe plantear la inexactitud lingüística, al traducir el anglicismo *evidence* por evidencia, en un ejemplo de pereza lingüística. Según la Real Academia Española de la Lengua, evidencia significa disponer de certezas claras, manifiestas y tan perceptibles, que nadie puede racionalmente dudar de ellas; según esta traducción no hay nada menos evidente que la MBE.

Dieciséis años han sido suficientes para que el anglicismo “evidencia” sea un término casi unánimemente utilizado en cualquier presentación científica, para que sea casi una filosofía con adeptos y detractores. Tiempo suficiente para conocer las debilidades y fortalezas, así como las amenazas y oportunidades de implementar la MBE en el marco de nuestra práctica clínica, de forma que se han ido configurando un cuerpo de argumentos y contraargumentos que oscilan entre los planteados en “son de broma” a los “en son de guerra”, pasando por los más moderadamente entonados. Y en este entorno social, como

en el entorno del adolescente, también reconocemos tribus urbanas con un fenotipo particular, y cuya descripción excede los objetivos de este taller: los “Cochranitas”, los “Metanófilos” y los “Casperos”, entre otros.

Sea como sea, la MBE se plantea como un **recurso eficaz para gestionar la “infoxicación”**. La MBE aporta un marco conceptual nuevo para la resolución de los problemas clínicos, pretendiendo acercar los datos de la investigación clínica a la práctica médica. Surge como un medio para que afrontemos mejor los retos de la medicina actual y que nos afectan muy de cerca, entre ellos la existencia de una enorme información científica y en continua evolución, la exigencia de ofrecer la máxima calidad asistencial y la limitación de recursos destinados a la atención sanitaria. Así pues, la MBE propone un método estructurado para resolver las dudas derivadas de la práctica clínica habitual, mediante **cinco pasos fundamentales**, expuestos en la tabla I. Como vemos, la búsqueda eficiente de información biomédica es uno de los aspectos clave y constituye el segundo paso de la metodología estructurada que plantea para resolver las dudas derivadas de la práctica clínica habitual.

Desde un punto de vista didáctico, las fuentes de información bibliográficas se dividen en **tres grandes grupos**, en base al paradigma de la MBE:

- Fuentes de información primarias (o tradicionales): libros de texto y revistas de biomedicina.
- Fuentes de información secundarias: bases de datos bibliográficas, internacionales y nacionales.
- Fuentes de información terciarias: suelen llevar implícita la valoración crítica de los documentos para analizar su validez, la importancia y aplicabilidad de las mismas.

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA RACIONAL EN LA MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA

La OMS define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerando dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años), si bien se considera mayoritariamente el intervalo de edad entre 13 y 18 años. Es una etapa de transición o cambio, que se efectúa en las distintas esferas de la persona: biológicas, psíquicas, sociales, intelectuales y sexuales. Los cuidados de la salud vinculados a la adolescencia han sido reivindicados desde hace mucho tiempo por la Pediatría. En España se creó la sección de Medicina del Adolescente de la Asociación Española de Pediatría en noviembre de 1987 y diez años después pasa de sección a Sociedad Española de Medicina del Adolescente (SEMA). Sin duda, disponer de buenas fuentes de información en adolescencia puede garantizar una mejor atención a nuestros pacientes adolescentes.

La adolescencia también está sometida a la “infoxicación”, como veremos a continuación. De ahí la necesidad de estrategias de búsqueda racionales y eficientes.

Fuentes de información primaria

Las fuentes de información primaria son documentos que contienen información nueva u original, producto inmediato de

TABLA I. Pasos estructurados fundamentales en medicina basada en la evidencia (o en pruebas)

Paso 1: Formular una PREGUNTA clara a partir del problema clínico a analizar

- Objetivos: aprender a formular preguntas clínicas estructuradas bien construidas y susceptibles de respuesta
- Fundamentos: conocer los elementos básicos de una pregunta clínica estructurada; relacionar el tipo de pregunta con el diseño epidemiológico de estudio; obtener de esta pregunta las palabras clave principales para iniciar la búsqueda bibliográfica

Paso 2: BÚSQUEDA sistemáticas de las MEJORES PRUEBAS disponibles en la bibliografía

- Objetivos: realizar una búsqueda eficiente a través de las distintas fuentes de información bibliográfica (primarias, secundarias y terciarias), principalmente a través de Internet, como herramienta esencial en gestión y manejo de la información de calidad científica
- Fundamentos: conocer las ventajas e inconvenientes de Internet para gestionar con eficiencia y seguridad la “infoxicación”; estrategias de búsqueda y recursos útiles en las distintas fuentes de información; estrategias para mantenerse al día en biomedicina a través de los recursos electrónicos de las distintas fuentes de información

Paso 3: VALORACIÓN CRÍTICA de las mejores pruebas científicas encontradas

- Objetivos: aprender a juzgar si las pruebas científicas son válidas (rigor científico), importantes (interés en la práctica clínica) y aplicables (en nuestro entorno médico)
- Fundamentos: conocer las bases teóricas del *Evidence-Based Medicine Working Group* (EBMWG) de la Universidad de McMaster y del grupo *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) de la Universidad de Oxford; habituarse a la dinámica de trabajo de los talleres de lectura crítica; reconocer el valor de los bancos CATs (*Critical Appraisal Topics*) o TVC (Temas Valorados Críticamente); manejar los conceptos metodológicos básicos útiles en Medicina basada en la evidencia (medidas de fuerza de asociación, medidas de impacto, cociente de probabilidad, intervalo de confianza, etc.)

Paso 4: APLICABILIDAD de los resultados de la valoración a nuestra práctica clínica

- Objetivos: integrar la evidencia científica obtenida con nuestra maestría clínica e incorporarla a la asistencia de nuestro paciente
- Fundamentos: reconocer los problemas existentes para generar, acceder y aplicar la evidencia, y las estrategias para llevarlo a cabo en beneficio de una asistencia sanitaria basada en la evidencia

Paso 5: EVALUAR su RENDIMIENTO, en base a estudios de ADECUACIÓN de la práctica clínica a las pruebas científicas

- Objetivos: conocer y reconocer la importancia de este paso final de la Medicina basada en la evidencia, lo que fundamentará la utilidad práctica de este paradigma de pensamiento científico
- Fundamentos: dentro de la heterogeneidad de métodos usados en los estudios de idoneidad de la práctica clínica todos comparten una estrategia similar, con tres pasos fundamentales: definir y documentar el aspecto de la práctica clínica a estudio, valorar la evidencia científica y definir los criterios de evaluación, y evaluar la práctica clínica, valorando la variabilidad e idoneidad y, lo que es más importante, buscando áreas y acciones de mejora

la investigación científica, su diseño y desarrollo, la enseñanza o la práctica médica, y que no han sido sometidas a ningún tipo de interpretación ni de condensación. Una información es original cuando los datos que ofrece acaban en el documento que la soporta, sin que haya necesidad de completar tal información con remisiones a otros documentos.

Las fuentes primarias de información científica de mayor importancia son las publicaciones impresas, tanto periódicas como no periódicas. Los documentos electrónicos han crecido extraordinariamente en los últimos años, gracias al extraordinario desarrollo de Internet como soporte o vehículo de la información.

A esta categoría pertenecen los libros, las publicaciones periódicas (periódicos, revistas, series), publicaciones oficiales, además de la llamada literatura gris o no convencional,

en la que se incluyen todos aquellos documentos cuyo acceso está fuera de los canales usuales del comercio del libro, como las tesis doctorales y las actas de congresos.

En PubMed podemos detectar un total de **40 revistas** relacionadas con la adolescencia, cuatro de ellas volcadas también en *Journal Citation Reports/Science Citation Index* y, por tanto, con factor de impacto: *J Am Acad Child Psy* (4,767), *Arch Pediat Adol Med* (3,565), *J Adolescent Health* (2,710) y *J Child Adol Psychop* (2,486). Estas cuatro revistas están publicadas en Estados Unidos. No hemos detectado ninguna revista dedicada a la medicina del adolescente en España.

Respecto a **libros**, manuales y tratados sobre el adolescente podemos encontrar bastantes textos y enfocados desde distintas perspectivas en la medicina del adolescente. En nuestro país contamos desde hace tres años con el libro “Medicina

de la Adolescencia: Atención Integral”, elaborado con la colaboración de diversos miembros de la SEMA y que pretende ser un referente en nuestro entorno.

Fuentes de información secundaria

La función principal de las fuentes bibliográficas de información secundaria es permitir acceder de manera selectiva a la información relevante sobre un tema, entre las múltiples referencias que contienen. En la actualidad, las fuentes de información secundaria más importantes son las **bases de datos bibliográficas**. La información que proporcionan suele consistir en una referencia bibliográfica que contiene los datos necesarios para identificar el documento original y, a menudo, se acompañan de un resumen del contenido y palabras clave o términos que corresponden a los conceptos principales de los que trata el documento al que se refieren. Algunas bases de datos ofrecen también un enlace al texto completo del trabajo, si éste se encuentra disponible en Internet. Hoy en día la mayor parte de las bases de datos se pueden consultar a través de Internet mediante sistemas de búsqueda muy intuitivos y fáciles de utilizar.

Según su cobertura temática, las bases de datos bibliográficas pueden clasificarse en multidisciplinarias (si cubren diversas áreas de la ciencia), especializadas en Ciencias de la Salud y específicas de una determinada área o especialidad. Según su ámbito geográfico pueden considerarse nacionales (si se limitan a referenciar las publicaciones de un solo país) o internacionales (cuando su cobertura incluye las publicaciones de varios países o de todo el mundo).

Entre todas estas bases de datos cabe destacar **Medline/PubMed**, que contiene referencias bibliográficas desde 1996. Su actualización es semanal y recopila información de unas 5.000 publicaciones biomédicas de Estados Unidos y de otros países (alrededor de 70). La mayoría de las revistas (86%) son inglesas.

Desde 1997 el acceso a Medline es gratuito y universal gracias a Internet y a la creación del portal PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>). Este sistema presenta las siguientes ventajas:

1. Permite consultar toda la base de datos completa, incluyendo el llamado *PreMedline*, que es el conjunto de documentos introducidos en la base de datos sin completar, pues carecen de palabras clave o de resumen, pero permiten mantenerse al día de las últimas novedades.
2. En algunos casos los registros enlazan con el texto completo de numerosas revistas electrónicas, aunque ello no garantiza que el acceso sea gratuito, ya que el editor de la revista puede optar por exigir el pago para poder ver determinados documentos.
3. Permite acceder a artículos relacionados con el que se está visualizando, gracias a la existencia de enlaces hipertextuales entre los documentos que comparten una temática común.
4. Es posible establecer numerosos límites a la búsqueda, entre ellos, la elección de un determinado tipo de artículo (origi-

nal, revisión, carta, editorial, etc.), la selección del idioma de los artículos, el período de tiempo cubierto y restringir la búsqueda a los registros que lleven resumen o a aquellos en los que se pueda acceder al texto completo.

5. La función *MeSH Database* permite realizar búsquedas con los términos normalizados de su tesoro *Medical Subject Headings*, lo que aumenta la precisión y la exhaustividad en las búsquedas. Estos términos se extraen de un amplio vocabulario médico estructurado jerárquicamente en el que existen miles de reenvíos entre términos relacionados y entre sinónimos. Por ello, es aconsejable utilizar este sistema de términos para conseguir un resultado satisfactorio en el que no se produzcan pérdidas de información relevante. Además, la estructura jerárquica del vocabulario permite ampliar las búsquedas a conceptos más generales o más específicos, según las necesidades, mediante el método de las explosiones de términos. El significado de cada concepto puede especificarse asignándole subencabezamientos (*sub-headings*). Se trata de un grupo de 88 calificadores cuya misión es especificar el punto de vista o los aspectos desde los que se abordan los conceptos, lo que permite limitar los resultados y aumentar la precisión en la recuperación. Se refieren a aspectos como cirugía, complicaciones, diagnóstico, efectos adversos, radiología, etc. A cada descriptor se le puede aplicar uno, varios o todos los subencabezamientos, en función del aspecto o aspectos que interese obtener sobre el tema de búsqueda.
6. La función *Journal Database* activa un buscador de revistas que proporciona información de interés sobre las revistas vaciadas por Medline, como la abreviatura utilizada, nombres anteriores de la revista, institución editora y sus datos de contacto, periodicidad, fecha de inclusión o exclusión en Medline, otras bases de datos en las que está incluida, etc.
7. Permite realizar “búsquedas clínicas” activando la utilidad *Clinical Queries*, diseñada para localizar los trabajos que contienen investigaciones con una metodología determinada. De manera resumida, el sistema permite seleccionar las categorías tratamiento, diagnóstico, etiología y pronóstico. Además, debe indicarse si se desea *sensitivity* (búsqueda que incluya todos los artículos relevantes, aunque probablemente se obtengan también algunos menos relevantes), o *specificity* (búsqueda que incluya únicamente los artículos más relevantes, a pesar del riesgo que supone de perder alguno).
8. Los resultados obtenidos se presentan por defecto con el formato *Summary* (que muestra los campos con los autores, título en inglés, datos bibliográficos y el número identificador de PubMed). Este formato puede sustituirse por otros más interesantes, como el formato *Abstract*, que además de los campos anteriores ofrece la dirección del responsable del artículo, el resumen (si lo hubiera) y el tipo de publicación. El formato *Citation* añade, además, los términos MeSH. El formato Medline contiene la referencia completa con etiquetas que identifican cada campo, lo que les

permite ser capturados por programas de gestión bibliográfica. Por último, los documentos pueden imprimirse, guardarse en un archivo o enviarse por e-mail.

Para sacar el máximo rendimiento a PubMed conviene obtener las guías de consulta a Medline en español: Fistera (http://www.fisterra.com/recursos_web/no_explor/pubmed.asp) e Infodoctor (<http://www.infodoctor.org/rafabravo/medline.htm>)

Utilizando el término MESH "adolescent" obtenemos un total de 1.209.987 documentos en PubMed (fecha de búsqueda: 27 de febrero de 2008). A través de las búsquedas clínicas en *Clinical Queries* obtenemos 412.788 documentos en el filtro de "etiología", 331.683 en el filtro de "diagnóstico", 316.219 en el filtro de "tratamiento", 245.161 en el filtro "pronóstico" y 7.341 en el filtro de "revisiones sistemáticas". Sin duda, un volumen de información de esta envergadura concede el crédito al neologismo "infoxicación" también en Medicina del Adolescente y habla de la necesidad de conocer estrategias eficientes de búsqueda de la información relevante.

Fuentes de información terciaria

Son aquellas fuentes de información en que no es necesario realizar la valoración crítica de los documentos, pues otros compañeros (generalmente, expertos en esa materia) ya lo han realizado por nosotros. Son fuentes de información nacidas al amparo de la MBE, y se engloban dentro de lo que se viene denominando como **investigación secundaria**, es decir, aquella investigación realizada a partir de los datos de la investigación primaria, que ha merecido cada vez mayor atención, en tanto se ha ido constatando que es muy importante analizar, resumir e integrar toda la información como requisito indispensable para su divulgación y aplicación. Se puede afirmar que, en la actualidad, las revisiones convencionales de la bibliografía no suelen constituir un mecanismo suficientemente aceptable, desde el punto de la evidencia científica, para transmitir los conocimientos médicos. Son necesarias otro tipo de fuentes de información más fiables y sistemáticas, lo que justifica la aparición de algunos modelos de investigaciones secundarias que, por orden **de menor a mayor complejidad**, se pueden clasificar en los siguientes apartados (Tabla II):

- Divulgar los resultados de investigación relevante sobre un tema en concreto.
- Reunir y sintetizar de forma exhaustiva la información existente acerca de un problema clínico concreto.
- Reunir y sintetizar el conocimiento existente sobre todos los aspectos de un proceso clínico completo.

Los productos derivados de la MBE (como son las distintas fuentes de información terciarias) son uno de los legados de esta corriente y la información que recibe el médico para realizar una adecuada toma de decisiones basada en pruebas se fundamenta en una **pirámide del conocimiento de las "5S"**, en la que niveles ascendentes entrañan un menor volumen de información, pero un mayor grado de procesamiento de la misma: *Systems, Summaries, Synopses, Syntheses y Studies* (Fig.1). En la base de la pirámide se situarían los artículos originales publicados en revistas científicas; por encima de ellos se encon-

trarían las revisiones sistemáticas (síntesis) y sobre ellas los resúmenes estructurados y comentarios de estudios publicados (sinopsis); en la cúspide de la pirámide se encontrarían las guías de práctica clínica y libros con metodología MBE (sumarios), así como los sistemas integrados, que enlazan la mejor evidencia disponible con datos clínicos de pacientes de registros médicos informatizados (sistemas). Para el clínico atareado que requiere una respuesta rápida a una pregunta clínica, la búsqueda será tanto más eficiente cuanto más evolucionado sea el nivel donde encuentre la información que busca. Si cuenta con un sistema o un sumario obtendrá con poco esfuerzo la información que necesita para su duda clínica, sin embargo, si tiene que buscar y analizar entre las síntesis y, sobre todo, entre los estudios originales, va a precisar un esfuerzo mayor. Como vemos, la aplicación del paradigma de la MBE no está exento de limitaciones y tensiones conceptuales, pero no cabe ninguna duda de que decidir desde el conocimiento es mejor que hacerlo desde la ignorancia.

En este apartado la Colaboración *Cochrane* y *TRIPdatabase* merecen una atención especial.

- Debemos tener en cuenta que la información contenida en *The Cochrane Library* no está clasificada por especialidades médicas, sino por grupos de revisión de temas específicos. Incluye varias bases de datos diferentes. Actualmente es posible realizar la búsqueda a través de la **Biblioteca Cochrane en español** (<http://www.bibliotecacochrane.net/Clib-plus/ClibPlus.asp>). En la búsqueda realizada con el término "adolesc*" sólo en el título se recuperan un total de 3.218 documentos: 35 en la Base de Datos *Cochrane* de Revisiones Sistemáticas, 97 en NSH-EED, 24 en HTA, 2.952 en CENTRAL, entre otros.
- **TRIP** (*Turning Research Into Practice*: <http://www.tripdatabase.com/index.html>) es un metabuscador que realiza el rastreo a través de múltiples bases de datos diferentes relacionadas con la MBE, y también ha ampliado su cobertura a fuentes de información "tradicionales", especialmente a revistas en Medline. Se considera que debe ser la primera base de datos a consultar en Internet, al ser un buscador de gran calidad que contiene información relevante que se nos devuelve en los siguientes apartados: sinopsis basadas en la evidencia (por ejemplo, *Cochrane*, publicaciones secundarias...), revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, libros electrónicos, artículos en Medline, etc. Utilizando el término MESH *adolescent* sólo en el título se recuperan un total de 595 documentos: 148 sinopsis basadas en la evidencia, 198 revisiones sistemáticas, 104 guías de práctica clínica y 24 libros electrónicos, entre otros.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA PARA LA OBTENCIÓN DE PRUEBAS CIENTÍFICAS EN MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA

¿Dónde buscar?

1. *Primer paso*: búsqueda en las fuentes de información terciaria:

TABLA II. Direcciones de las principales fuentes de información terciaria en Pediatría

A) Divulgar los resultados de investigación relevante sobre un problema clínico concreto:

- Archivos de temas valorados críticamente:
 - Universidad de Michigan: <http://www.med.umich.edu/pediatrics/ebm/>
 - Centre for Clinical Effectiveness: <http://www.med.monash.edu.au/publichealth/cce/>
 - ARIF-Aggressive Research Intelligence Facility: <http://www.arif.bham.ac.uk/>
 - BestBETS-Best Evidence Topics: <http://bestbets.org>
 - Archivos de TVC de la AEPap: <http://aepap.org/evidencias/tvc.htm>
- Revistas con resúmenes estructurados:
 - ACP Journal Club: <http://www.acpjc.org/>
 - Evidence-Based Medicine: <http://www.ebm.bmjournals.com> (original con suscripción) o <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/inicio.htm> (gratuita en español)
 - AAP GrandRounds: <http://aapgrandrounds.aapjournals.org/>
 - Archimedes: adc.bmjournals.com/cgi/collection/archimedes
 - PedsCCM Evidence-Based Journal Club: http://PedsCCM.wustl.edu/EBJournal_Club_html
 - Evidencias en Pediatría: <http://www.aepap.org/EvidPediatr/index.htm>

B) Reunir y sintetizar de forma exhaustiva la información existente acerca de un problema clínico concreto:

- Colaboración Cochrane: <http://www.cochrane.org>
- Cochrane Reviews: <http://www.cochrane.org/reviews/index.htm>
- Cochrane Review Groups: <http://www.cochrane.org/contact/regcrgs.htm>
- Centro Cochrane Iberoamericano: <http://www.cochrane.es/>
- Biblioteca Cochrane Plus en español: <http://www.update-software.com/Clibplus/Clibplus.asp>

C) Reunir y sintetizar el conocimiento existente sobre todos los aspectos de un proceso clínico completo:

- Guías de práctica clínica:
 - a) Centros elaboradores:
 - GPC de la American Academy of Pediatrics: http://www.aappolicy.aappublicatons.org/practice_guidelines/index.dtl
 - Scottish Intercollegiate Guidelines Network: <http://www.sign.ac.uk/>
 - New Zealand Guidelines Group: <http://www.nzgg.org.nz/>
 - b) Centros de almacenamiento:
 - GPC de la National Guidelines Clearinghouse: <http://www.guidelines.gov/>
 - GPC de la Canadian Medical Association: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
 - GuiaSalud: <http://www.guiasalud.es/>
- Informes de Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias:
 - a) Internacionales:
 - International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA): <http://www.inahta.org/>
 - b) Nacionales:
 - AETS del Instituto de Salud Carlos III: <http://www.isciii.es/aets/>
 - Agència d'Avaluació de Tecnologia y Recerca Mediques: <http://www.aatrm.net>
 - AETS de Andalucía: <http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/orgdep/AETSA/default.htm>
 - AETS del País Vasco: http://www.osanet.euskadi.net/r85-20409/es/contenidos/informacion/enlaces_osteba/es_1213/inv04.html
 - Axencia de Avaliacion de Tecnoloxias Sanitarias de Galicia: http://www.sergas.es/MostrarContidos_Portais.aspx?IdPaxina=60538

D) Bases de datos de Medicina basada en la evidencia:

- TRIPdatabase-Turning Research Into Practice: <http://www.tripdatabase.com/>
- SUMSearch: <http://sumsearch.uthscsa.edu/esapnol.htm>

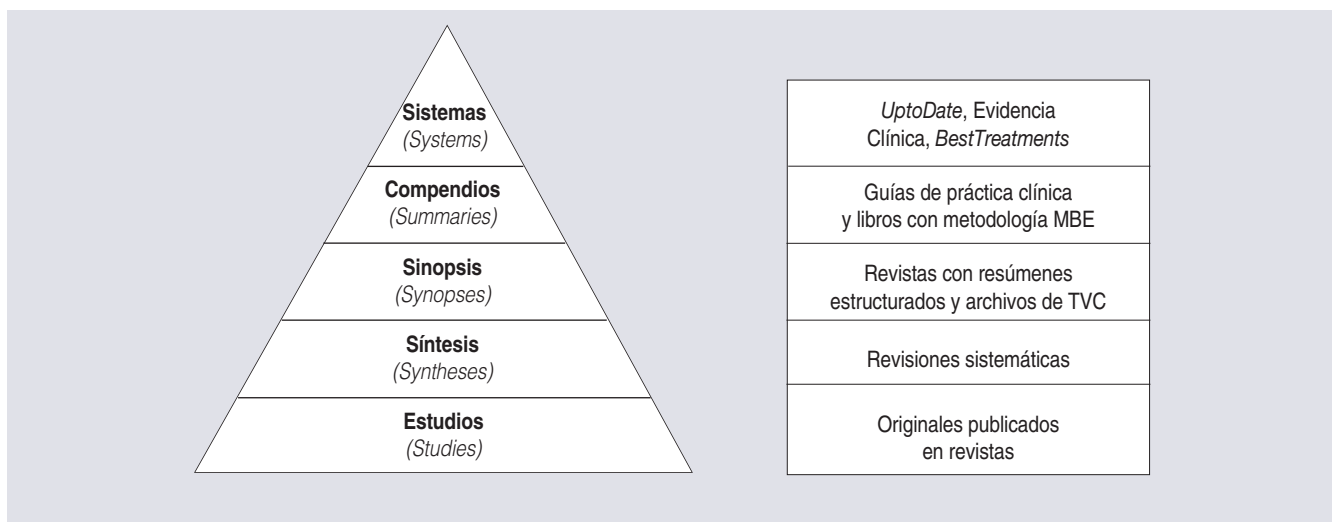


FIGURA 1. Pirámide del conocimiento de las “5S”

Valorar si la respuesta se puede obtener en revisiones sistemáticas y/o metaanálisis (principalmente a través de la Colaboración Cochrane), guías de práctica clínica (principalmente a través de la *National Guidelines Clearinghouse* y *GuíaSalud*) y/o informes de evaluación de tecnologías sanitarias (principalmente a través de INHATA).

Si no estuviera presente la respuesta, siempre se puede intentar buscar una respuesta menos definitiva en otras fuentes de información terciaria menos consistentes: revistas con resúmenes estructurados y archivos de temas valorados críticamente.

Resulta muy práctico iniciar la búsqueda del conjunto de las fuentes de información terciaria en las bases de datos de MBE: TRIPdatabase y/o SUMSearch.

2. *Segundo paso*: continuar con las fuentes de información secundaria o bases de datos.

Aquí tiene una labor fundamental Medline, principalmente a través de las posibilidades de búsqueda de PubMed (gratuito), pues constituye la base de datos más conocida y utilizada por los pediatras. Dada la complementariedad entre las bases de datos bibliográficas, aconsejamos revisar, al menos, también Embase y el Índice Médico Español (no gratuitos).

3. *Tercer paso*: cuando no hayamos obtenido la respuesta en el primer paso, indagar en las tradicionales fuentes de información primaria.

Revisar las revistas biomédicas y los libros de texto siempre es un recurso final. Y como último recurso siempre se puede ensayar la búsqueda “salvaje” en los buscadores y metabuscadores de Internet (principalmente Google), pero difícilmente encontraremos información válida y relevante por esta vía, si no lo hemos conseguido por los anteriores pasos. Actualmente con el término *adolescent* se recuperan en Google un total de 29.800.000 entradas y 2.950.000 si se utiliza el término en español “adolescencia”.

¿Cómo buscar?

La mayoría de las fuentes de información tienen sus buscadores particulares. Se deben elegir las palabras clave adecuadas, generalmente en base a los elementos de la pregunta clínica estructurada (paciente o problema de interés, intervención a estudiar, variables que se valoran) y tipo de diseño del estudio necesario (descriptivo, casos-control, cohortes, ensayo clínico, pruebas diagnósticas, etc.).

Podemos utilizar el recurso Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para traducir correctamente las palabras clave del español al inglés, y adaptarlas al tesaurus.

A partir de aquí utilizaremos las mejores estrategias de búsqueda a partir de los operadores lógicos (o booleanos) y los limitadores.

¿Cómo mantenerse al día en la información bibliográfica?

Si parece complejo obtener una información relevante en Pediatría, más difícil parece mantenerse actualizados en la información biomédica. Para ello debemos poner a trabajar Internet para nosotros, y es suficiente disponer de una cuenta de correo electrónico hasta donde nos llegarán las actualizaciones que se vayan produciendo, pues la mayoría de las fuentes citadas disponen de sistemas de alerta:

- La mayoría de las revistas biomédicas disponen del servicio eTOC (tabla electrónica de contenidos), lo que les permite conocer las novedades sin tener que abrir regularmente la página de dicha publicación; es oportuno activar el eTOC de las revistas biomédicas generales y de pediatría de nuestro mayor interés.
- Alertas bibliográficas, para estar al día sobre un tema(s) concreto(s), y se nos devuelve a nuestro correo todo lo aparecido en las revistas seleccionadas (en Amedeo) o en Medline (en Biomail) con determinada periodicidad (en Amedeo de forma semanal y en Biomail con la periodicidad elegida).

- Alertas MBE: TRIP permite activar una alerta mensual de la temática que decidamos (utilizando como palabras clave los MESH), así como la *National Guidelines Clearinghouse* dispone de un boletín semanal que informa de las nuevas guías en su directorio.
- Participar en una/s lista/s de distribución es una modalidad complementaria para compartir información científica y laboral relevante y de actualidad.
- Visitar periódicamente las webs de las sociedades científicas más afines a nuestra especialidad. En el caso de la Medicina del Adolescente visitar periódicamente la web de la SEMA (<http://www.adolescenciasema.org/>), así como la web de la Asociación Española de Pediatría (<http://www.aeped.es/>) u otras sociedades de adolescentes, como *International Association for Adolescent Health* (<http://iaah.org/>), la *Société Française pour la Santé de l'Adolescent* (<http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=279>) o *Società Italiana Medicina dell'Adolescenza* (<http://www.sima-magam.org/>), entre otras.

Los profesionales que quieran estar adecuadamente informados y actualizados deben utilizar Internet (no hace falta ser expertos, sino simplemente tener claras algunas estrategias y fuentes de información) y necesitan disponer de estrategias eficientes que mejoren el rendimiento de la búsqueda y recuperación de la información bibliográfica.

BIBLIOGRAFÍA

- Akobeng AK. Principles of evidence based medicine. *Arch Dis Child*. 2005; **90**: 837-40.
***Conocimientos básicos sobre los pasos estructurados en Medicina basada en la evidencia.*
- Bravo Toledo R, Merino Molina M. La Web 2.0 (Internet) PAPastores y PAPastoras. Todo lo que Ud. quería saber sobre Web 2.0 y nunca se atrevió a preguntar. En: AEPap ed. Curso de Actualización en Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008, p. 147-54.
***Amena introducción al concepto y recursos en la Web 2.0.*
- Buñuel Álvarez JC. Medicina basada en la evidencia: una nueva manera de ejercer la pediatría. *An Esp Pediatr* 2001; **55**: 440-52.
***Conceptos de Medicina basada en la evidencia aplicados a la Pediatría.*
- Buñuel Álvarez JC, González Rodríguez MP. Búsquedas bibliográficas a través de Internet. Cómo encontrar la mejor evidencia disponible: bases de datos de Medicina basada en la evidencia. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003; **5**: 109-32.
***Utilidad de Internet en la búsqueda de información bibliográfica.*
- Christakis DA, Davis R, Rivara FP. Pediatric evidence-based medicine: past, present and future. *J Pediatr* 2000; **136**: 283-9.
**Conceptos de Medicina basada en la evidencia aplicados a la Pediatría.*
- Cortés Marina RB, Aizpurúa Galdeano P. Búsquedas bibliográficas. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2007; **9** (Supl 2): S135-49.
***Taller de búsqueda bibliográfica, centrado en PubMed y Tripdatabase.*
- Cuervo Valdés JJ, Gómez Málaga CM. Internet y la pediatría basada en la evidencia. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; **6**: 233-47.
**Utilidad de Internet en la búsqueda de información bibliográfica.*
- Estrada JM. La búsqueda bibliográfica y su aplicación en PubMed-MEDLINE. *SEMERGEN*. 2007; **33**: 193-9.
**Recursos de utilidad en PubMed para una búsqueda bibliográfica más eficiente.*
- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; **268**: 2420-5.
**Considerado el primer artículo en comentar los principios y fundamentos de la Medicina basada en la evidencia.*
- González de Dios J. De la medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en la medicina. *An Esp Pediatr* 2001; **55**: 429-39.
***Artículo crítico y reflexivo sobre el nuevo paradigma de la Medicina basada en la evidencia y alternativas.*
- González de Dios J. Búsqueda de información en Pediatría basada en la evidencia (I): "infoxicación" e Internet. *Rev Esp Pediatr* 2003; **59**: 246-58.
***Ventajas e inconvenientes de Internet y su papel en la gestión del exceso de información científica.*
- González de Dios J. Búsqueda de información en Pediatría basada en la evidencia (II): fuentes de información secundarias y primarias. *Rev Esp Pediatr* 2003; **59**: 259-73.
***Análisis pormenorizado de las principales fuentes de información científica en Ciencias de la Salud.*
- González de Dios J, Pérez Sempere A, Aleixandre R. Las publicaciones biomédicas en España a debate (II): las "revoluciones" pendientes y su aplicación a las revistas neurológicas. *Rev Neurol* 2007; **44**: 101-12.
***Valoración de las revoluciones pendientes en el mundo de la información científica: la revolución del conocimiento, la revolución de la medicina basada en la evidencia, la revolución de la red, la revolución del acceso abierto y la revolución de las bibliotecas.*
- González de Dios J, Aleixandre R. Evaluación de la investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud. Indicadores bibliométricos y cuantitativos. *Bol Pediatr* 2007; **47**: 92-110.
***Actualización en conceptos infométricos.*
- Ochoa C, González de Dios J. Remedios frente a la "infoxicación". Papel de las fuentes de información secundarias. *Bol Pediatr* 2006; **46**: 1-6.
**Las fuentes de información en la pirámide de las "5S".*
- Ochoa Sangrador C. Información para profesionales de la salud: revistas científicas. *Bol Pediatr* 2007; **47**: 154-69.
***Profundización sobre las debilidades y fortalezas en el mundo de las revistas biomédicas.*

Actitud ante el abuso de drogas

M.P. Bermejo González

Psicóloga Clínica. Directora de la UAD de Santiago de Compostela

Es evidente que los riesgos para la salud de los adolescentes nunca pueden reducirse a cero, pero en las últimas décadas se está produciendo un incremento en el consumo de drogas ilegales al tiempo que aumenta en la sociedad la cultura pro-consumo. Uno de cada cuatro adolescentes de 14 a 18 años de edad consume *cannabis*, el 4% consumen cocaína y en torno al 1-2% usan drogas de síntesis. Con ser éstas unas cifras preocupantes lo es más aún la baja percepción de riesgo que tienen y la banalización del problema.

Un problema que exige una actualización constante de los conocimientos del pediatra. Pero que a la vez supone una actividad más de tipo preventivo.

1. La **prevención primaria**, entendida como la intervención comunitaria en forma de educación sanitaria que pueda evitar el consumo de sustancias tóxicas. Esta prevención primaria deberá tener como base el refuerzo de los factores de protección.
2. La **prevención secundaria**, entendida como detección precoz del uso de sustancias, para así poder intervenir acerca del adolescente y de su entorno. Supone una aproximación de nuestros servicios de salud pública al lugar donde se encuentra el adolescente y ofrecerle una adecuada atención.
 - El taller tiene pues como objetivo general el desarrollo de la atención a la salud integral del adolescente y evaluar los factores y las conductas de riesgo de la experimentación y el consumo de sustancias tóxicas.
 - Actualización de los conocimientos sobre las drogas que consumen los adolescentes.
 - Adaptar las actuaciones asistenciales a los nuevos retos que supone la detección de sustancias en los adolescentes y reflexionar sobre las actitudes que los profesionales tenemos sobre las drogas.
 - Informar sobre los programas de prevención que se realizan con los adolescentes.

ALGUNOS DATOS

Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de Enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007.

Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Al igual que en años anteriores en 2006 las drogas más consumidas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años han sido el alcohol, el tabaco y el cannabis. Un 79,6% han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 46,1% tabaco y un 36,2% el *cannabis*. La proporción de con-

sumidores actuales de estas sustancias, es decir, aquellos que las han consumido alguna vez en los 30 días previos a la entrevista, fue de 58%, 27,8%, y 20,1%, respectivamente. El consumo del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, sustancias volátiles, heroína, etc.) es mucho más minoritario, situándose entre el 1 y el 6% la proporción de estudiantes que las han probado alguna vez y entre el 0,5 y el 2,3% la proporción de consumidores actuales.

Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9
Hipnosedantes*	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6
Cocaína	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8
I.Volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8

Edad media de inicio en el consumo

Los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana. En 2006 las sustancias que empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, las sustancias volátiles (en este caso por una minoría) y el alcohol, cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. Le siguen los **tranquilizantes** y el cannabis (14,2 y 14,6 años, respectivamente). Por su parte, la cocaína, el éxtasis, los alucinógenos y las anfetaminas son las sustancias que se empiezan a consumir a una edad más tardía (15,4; 15,5 y 15,6 años, respectivamente).

Policonsumo de sustancias psicoactivas

Los estudiantes que consumen drogas suelen consumir varias sustancias y no una sola. Un 95,7% de los que han consumido tabaco en los últimos 12 meses han consumido también alcohol en el mismo período, y en un 67,6% cannabis. Un 76,8% de los consumidores anuales de cannabis han consumido tabaco en el mismo período, un 97,7% alcohol y un 12,7% cocaína. Entre los que han consumido éxtasis en el último año un 75,5% ha consumido también cocaína, un 58,2% anfetaminas, y un 52,9% alucinógenos. Por lo que respecta a los

consumidores anuales de cocaína un 44,3% ha consumido también éxtasis y un 44,0% alucinógenos.

DIRECTRICES BÁSICAS PARA LA INTERVENCIÓN DE LOS ADOLESCENTES QUE USAN Y ABUSAN DE LAS DROGAS

Lo primero: saber entrevistar

La anamnesis constituye, como siempre, el pilar fundamental de todo acto médico. La entrevista dirigida al adolescente tiene unas peculiaridades y requiere unas condiciones especiales que hacen que se convierta, muy a menudo, en el primer acto terapéutico.

Para entrevistar al adolescente conviene saber escuchar y observar mucho, siendo a la vez muy cautos a la hora de emitir juicios de valor, sin ninguna prisa por tomar apuntes, sin sentir necesidad por usar la palabra. Para entrevistar al adolescente conviene establecer, antes que nada, una buena relación, exponiendo, con claridad y sin miedos, los conceptos de confidencialidad, utilizando un lenguaje correcto e inteligible, y rehuendo el papel de “padre sustituto”.

La entrevista al adolescente debe partir de preguntas abiertas, utilizando respuestas “en espejo”, ofreciendo breves resúmenes sintetizadores del aluvión de material aportado, y ofreciendo siempre el apoyo y la comprensión de los problemas. Suele ser muy útil hablar sobre terceras personas y utilizar ejemplos.

Drogas: las etapas de un proceso

El consumo de sustancias tóxicas constituye uno de los “pasos al acto” más típicos de la adolescencia. El sentimiento de invulnerabilidad y la necesidad de probarlo todo por sí mismo le hacen vulnerable a probar las sustancias psicoactivas.

McDonald considera cinco etapas clásicas en el proceso de inicio, consumo y adicción a las drogas. Las posibilidades de recuperación son mayores cuanto antes se intervenga en esta sucesión de etapas.

Etapas en la adicción (McDonald, 1984)

- **Etapas 0: curiosidad.** Una autoestima baja fuerza el deseo de ser aceptado por sus compañeros. La curiosidad normal, añadida al sentimiento de inmortalidad, le puede llevar a consumir una sustancia tóxica que cambie su temperamento. Si le sienta bien y no tiene consecuencias desagradables, puede pasar a la etapa 1.
- **Etapas 1: aprendizaje.** El adolescente está aprendiendo el uso de las drogas, pero se limita a consumirlas en reuniones de grupo, especialmente durante los fines de semana. Continúa el consumo debido a las intensas presiones de los compañeros de grupo. El posible malestar por las relaciones perturbadas con la familia o la escuela encuentra un alivio con el consumo de drogas.
- **Etapas 2: búsqueda.** El adolescente busca los efectos de la droga y adquiere sus propios suministros. Se convierte en

consumidor habitual durante los fines de semana y consumidor diario en ocasiones. Se producen cambios en su comportamiento, baja el rendimiento académico y abandona los intereses extraescolares.

- **Etapas 3: preocupación.** El adolescente está ensimismado y concentrado en los cambios de sus propios estados anímicos y se ha hecho dependiente. Necesita las drogas para mantener el bienestar. Para ello no le importa robar, hacer novillos en el colegio, o mentir. Puede empezar a traficar con drogas para conseguir el dinero necesario para su propio consumo.
- **Etapas 4: destrucción.** El adolescente tiene ya una dependencia crónica de la sustancia y sufre, a menudo, un síndrome cerebral orgánico. Las drogas ya no le producen euforia.

Conviene familiarizarse también con unos conceptos que se utilizan al hablar del consumo de sustancias tóxicas.

- **Abuso:** es todo uso de droga que causa daño físico, psicológico, económico, legal o social al individuo que la usa o a otros afectados por su comportamiento.
- **Intoxicación:** supone los cambios en el funcionamiento fisiológico, psicológico, afectivo, cognoscitivo, o de todos ellos, como consecuencia del consumo excesivo.
- **Adicción:** trastorno crónico que se caracteriza por el uso compulsivo de una sustancia, con el consecuente daño físico, psicológico o social, y la continuación del uso a pesar del daño.
- **Dependencia psicológica:** es el estado emocional de necesidad urgente de la sustancia, ya sea por su efecto positivo o para evitar el efecto negativo asociado a su ausencia.
- **Dependencia física:** es el estado de adaptación fisiológica a la sustancia, habitualmente caracterizado por el desarrollo de tolerancia a los efectos de la droga y a la aparición de un síndrome de abstinencia cuando no se dispone de la sustancia.

El por qué de las drogas

Mucho se ha investigado sobre las motivaciones que llevan al consumo de sustancias tóxicas y se ha llegado a la conclusión de que las causas son múltiples y, a menudo, se sobrepone entre ellas. Destacaríamos:

- La curiosidad.
- El consumo por parte de los padres.
- El consumo por parte de los amigos y compañeros.
- La busca de mayor aceptación social.
- La baja autoestima.
- La busca de cambios afectivos y perceptivos.
- La posibilidad de vencer la timidez.
- El alivio de una situación estresante.
- El desafío a la autoridad.
- Un ritual para la aceptación en el grupo.
- Una forma de combatir el aburrimiento.
- Un facilitador de una relación sexual.
- Una respuesta a los mensajes publicitarios.

Pero existe, además, un tema que nos preocupa: la asociación entre el “trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad” y la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas. Al llegar la etapa de la adolescencia, la impulsividad y la sensación de fracaso personal (más allá del fracaso académico) pueden llevar al consumo de sustancias.

El pediatra ante el adolescente que consume drogas

Aspectos a tener en cuenta

1. Apoyo de la familia del adolescente. Un aspecto importante es el autoconocimiento que el pediatra debe tener sobre sus posibilidades reales de ofrecer este apoyo que suele sobrepasar los límites de lo que consideramos estrictamente médico y necesita un apoyo en el entorno sociofamiliar del adolescente.
2. Intervención con adolescentes con consumos recreativos de intensidad variable. Para su correcta orientación se debe realizar:
 - Anamnesis, debe ser dirigida a descubrir síntomas a todos los niveles: físicos, psicológicos y emocionales, escolares, sociales.
 - Riesgos añadidos: exploración de uso de vehículos de motor, la violencia y las relaciones sexuales no protegidas.
 - Exploración física.
 - Valoración del estado mental.
 - Estudios complementarios.
3. Con los datos obtenidos se establecerán los siguientes puntos:
 - El diagnóstico diferencial
 - Diagnóstico de la gravedad del consumo
 - Valoración del estadio de cambio basado en el esquema establecido por Dipirochaska y Diclemente que establece seis estadios:

Fases para el cambio

- Precontemplación: no considera el cambio, multitud de excusas.
- Contemplación: ambivalencias entre dejar o no. Empieza a considerar el cambio.
- Preparación: dispuesto para cambiar.
- Acción: aprendizaje de nuevas formas de comportamiento.
- Mantenimiento: estabilidad en el nuevo comportamiento, relaciones con no consumidores.
- Recaída: vuelta al consumo.

Actitudes de los profesionales sanitarios hacia las drogas

La importancia de reconocer nuestras actitudes frente al uso y abuso de sustancias puede ayudar a responder adecuadamente a los consumos que hacen nuestros adolescentes.

El tabaco, el peligro desconocido

Un reciente informe de la Oficina de Estadísticas de las Comunidades Europeas (EUROSTAT) asegura que entre un 50 y un 80% de los jóvenes de 15 años de la Unión Europea ya han probado el tabaco. El número de fumadores se incrementó entre los adolescentes de más edad durante 1998. Ya que la nicotina tiene un elevado potencial adictivo, la mayor parte de los jóvenes fumadores continuarán siéndolo hasta que alcancen la madurez.

¿Por qué comienzan a fumar los adolescentes? Sabemos que la influencia y la presión del grupo de amigos va en aumento desde los 10 a los 14 años y que después decrece. La necesidad de potenciar la autoimagen tiene más importancia a los 11 que a los 13 años. Hay que considerar también la importancia de la imagen de aquellos adolescentes varones con un retraso constitucional del crecimiento y de la pubertad: un cigarrillo en las manos puede dar una sensación de seguridad ante el grupo. Se ha relacionado el inicio a los 11 años con la conducta de seguir fumando a los 15. Se conoce bien el efecto del ejemplo de los padres.

Como médicos de adolescentes interesa la prevención secundaria, la detección precoz de los adolescentes que se inician en el consumo de tabaco y el acceso efectivo hasta ellos para poder hacer intervenciones concretas. Ya que la adicción a la nicotina aparece a los 2 años de haber iniciado el hábito tabáquico, los casos de adolescentes que se inician en el tabaquismo podrían dejarlo si se les ofrece la oportuna ayuda.

El alcohol, droga del fin de semana

El consumo regular de alcohol comienza cada vez a una edad más temprana, según el informe de la Oficina de Estadísticas de las Comunidades Europeas (EUROSTAT). Cerca del 20% de los jóvenes españoles de 15 años ya se han emborrachado al menos en dos ocasiones.

Entre sus efectos perjudiciales destacan los problemas psicosociales y emocionales, el alto riesgo de accidentes, y las dificultades en el desarrollo, en el aprendizaje, y en el área emocional. Pero, además, el consumo de alcohol disminuye el nivel de alerta por lo que se refiere a la prevención de otros factores de riesgo. Por ejemplo, bajo la influencia del alcohol puede “descuidarse” la utilización del preservativo en una relación sexual.

La marihuana y sus derivados: la droga infravalorada

Para muchos adolescentes, los derivados del cannabis no pertenecen al grupo de sustancias adictivas. El consumo de marihuana o de hachís no representa, para ellos, ninguna situación de riesgo. Además, el cultivo doméstico de la planta ha dotado a su consumo de un halo de “naturalidad” que lo normaliza. Es difícil, en esta situación, convencer al adolescente de la toxicidad que tienen los derivados del cannabis y de las consecuencias de la cada día más frecuente adicción.

En unas interesantes aportaciones al I Congreso Virtual de Psiquiatría, Luis Nuñez llega a unas importantes conclusiones que conviene tener bien presentes. La posibilidad de transmitir estos conceptos a nuestros adolescentes ya constituye un

arte que requiere estrategia, paciencia y saber comunicar. Los conceptos básicos son:

- El delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), metabolito más activo del cannabis, posee un efecto tan activo como otras drogas por lo que se refiere a las alteraciones en la percepción, semejantes a los efectos que producen las drogas alucinógenas o psicomiméticas.
- Se han descubierto dos tipos de receptores para el THC en las zonas cerebrales relacionadas con la memoria, los aspectos cognitivos y la coordinación motora. Estas funciones serían las más afectadas por el consumo de THC.
- La tolerancia al THC es rápida.
- Existe un síndrome de abstinencia que puede aparecer a las pocas horas y puede durar hasta dos días. Los síntomas son cansancio, diarrea, insomnio, irritabilidad, sudoración, salivación, náuseas, aumento de la temperatura corporal, anorexia, pérdida de peso y temblor. El insomnio suele durar más días y suele ser la causa que lleva de nuevo al consumo de la droga.
- El uso crónico o, en ocasiones, el uso aislado en sujetos sensibles, inexpertos o predispuestos, produce episodios breves de ansiedad, pánico, disforia o depresión, despersonalización, conductas bizarras y delirios o alucinaciones. Se habla de “reacción aguda de pánico”.
- Se ha descrito un estado psicótico con síntomas esquizofrénicos y maníacos con una duración de semanas o meses, en personas vulnerables.
- El uso crónico de cannabis se ha asociado con un estado de desmotivación, apatía, deterioro del rendimiento académico y cambios en la conducta.

Las pastillas, la droga barata

Las pastillas que contienen derivados de anfetaminas y otros productos son una alternativa económica a la cocaína y se suelen asociar a determinados ambientes de discoteca. Su uso crónico se asocia a pérdida de peso, agitación y paranoia. La intoxicación aguda puede llevar a cuadros de irritabilidad, insomnio, temblor, diaforesis y cuadros psicóticos. La deshidratación puede tener graves consecuencias.

Y las otras drogas...

No podemos terminar esta lista sin mencionar las otras sustancias tóxicas que suelen consumir nuestros adolescentes. La

cocaína, a pesar de su elevado precio, suele estar presente en muchas “fiestas” que se organizan por motivos diversos. Los alucinógenos (LSD, tripi) merecen bastante respeto debido a la posibilidad de un “mal viaje”, pero así y todo no deben ser olvidados. Se conocen casos de muchachas que inhalaban “speed” para disminuir su peso corporal. Y van entrando en nuestro mercado los hongos alucinógenos y el peyote. Nuestro deber será estar bien informados sobre estas sustancias que están al alcance de los adolescentes.

Posibilidades de prevención

- Diferentes niveles de prevención: universal, selectiva e indicada.
- Diferentes ámbitos de actuación: educativos, familiares, comunitarios, laborales, sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Cornellà J. Técnicas de entrevista con el adolescente. En J. Sasot y FA Moraga (eds). Psicopediatría del adolescente. Barcelona: Prous Science; 1998.
- Mc Donald DI. Drugs, drinking, and adolescent. Chicago (EE.UU.): Yearbook Medical Publishers; 1984.
- La salud de la Población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de Salud 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- De la Rosa Morales V, González Rodríguez MP. La falta de tiempo y de formación son las principales dificultades de los profesionales sanitarios para identificar el consumo de sustancias en los jóvenes. *Evid Pediatr* 2007; **3**: 67.
- Evidencias y medidas preventivas en el abuso de sustancias durante la adolescencia. *Rev Pediatría Aten Primaria* 2006; **8** (Supl 3): 113-27.
- Blasco Oliete M, Pérez Trullén A, Sanz Cuesta T, Clemente Jiménez ML, Cañas de Paz R, Herrero Labarga I. Consumo de tabaco entre los adolescentes. Valor de la intervención del personal sanitario. *Aten Primaria* 2002; **30**: 220-28.
- Galbe Sánchez-Ventura J. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas. En: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Previnfad/PAPPS. Grupo de trabajo de prevención en la infancia y adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. 1ª ed 2004. Exlibris ed [en línea] [fecha de consulta: 20-VII-2007]. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/rec_drogas.htm.

La sexualidad en la adolescencia

F. López Sánchez

Catedrático de Psicología. Universidad de Salamanca

INTRODUCCIÓN

Tres objetivos básicos debemos conseguir las personas en relación con la sexualidad:

- Disfrutar de la actividad sexual, consiguiendo tener relaciones sexuales satisfactorias cuando lo deseemos.
- Evitar los riesgos asociados a la actividad sexual.
- Aprender a vivir las relaciones amorosas, a vivir en pareja si ésta es nuestra opción y encontramos a la persona que queremos y nos quiere.

VIDA SEXUAL SATISFACTORIA

Los adolescentes empiezan su actividad sexual a edades muy diferentes, dependiendo de la actividad sexual de que se trate (por ejemplo, antes de la adolescencia uno de cada tres ya tiene experiencia de masturbación, mientras a la actividad sexual coital acceden aproximadamente 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 ésta 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. Esta respuesta 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, de la excitación o del orgasmo.

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

- 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 de 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.

De todos estos posibles problemas tiene especial relieve entre nosotros el de la homosexualidad porque, 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 eso le dedicamos unos párrafos más a este tema:

La orientación del deseo, aunque puede tener antecedentes más o menos claros, se especifica y consolida en la adolescencia. En la mayor parte de los casos no causará sorpresa, dado que chicos y chicas suelen tener la orientación del deseo que la sociedad y ellos mismos esperaban tener: la orientación heterosexual. Esta orientación le lleva a deseos de tener contactos sexuales con el otro sexo, fantasear relaciones románticas y sexuales con personas del otro sexo, buscar la compañía de las personas del otro y hasta, en bastantes casos, sentirse enamorado de alguien del otro sexo.

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 de 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, informarles de este hecho, y comunicarles que es perfec-

tamente normal y, sobre todo, aclararles que no hay ninguna razón para temer la homosexualidad, como veremos más adelante, es lo fundamental.

- Pero los que lo tienen realmente más difícil 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 éstos últimos se enteran de que su hijo dice ser homosexual. Las consultas y los problemas se presentan con mayor frecuencia y más pronto 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 otros motivos, como ansiedad, depresión, fracaso escolar o huida de casa, que ocultan una homosexualidad no aceptada.

Estos problemas no son inherentes a la homosexualidad, sino que son la consecuencia de la dificultad que plantea "tomar 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, de que son homosexuales, pasen por un período de negación, confusión o sentimiento de rareza. Incluso no es infrecuente que, especialmente los varones, intenten ponerse a prueba con las chicas, para autodemostrarse que son heterosexuales.

¿Cómo intervenir en este caso?:

- Informar a los prepúberes, púberes y adolescentes de la existencia de esta orientación del deseo minoritaria, pero 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 (fantasías, conductas, preferencias sociales, etc.), 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. Caben diferentes biografías sexuales, en cuanto a la orientación del deseo, 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 sea difícil, 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 de gran ayuda.

EL OBJETIVO DE EVITAR LOS RIESGOS: LAS PRÁCTICAS SEXUALES Y SUS POSIBLES RIESGOS

En nuestra cultura, 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 15-18 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:

- a) 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 importante que considera que es necesario el afecto, especialmente en las chicas. Y otro, mucho más pequeño, que pone como condición que estén comprometidos.
- b) Un número importante de adolescentes acceden cada vez más pronto, en relación con el pasado inmediato, a las relaciones sexuales coitales. Aproximadamente la mitad han tenido al menos una relación sexual, antes de los 16-18 años.
- c) Los que tienen relaciones coitales las tienen con mayor número de parejas que en el pasado.
- d) 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.
- e) 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.
- f) De hecho, los adolescentes tienen frecuentes prácticas de riesgo. Numerosos estudios señalan que éstas se dan,

especialmente, en la primera relación 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, 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, de él hablaremos más adelante de forma específica.

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, 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 cuáles permite, incita y sobreestimula, 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 improbables las prácticas seguras, fomentando el descontrol y hasta la posibilidad de recurso a la agresión sexual). En el siguiente cuadro se resumen estas causas:

¿Por qué los adolescentes asumen riesgos en la conducta 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.
De hecho, puede decirse que incita y permite la actividad sexual.
 - 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.
Podíamos decir que: les ofrece el coche y las llaves; pero se niega a enseñarles a conducir".
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, 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 al 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:
 - a) Habiendo bebido alcohol o tomado otras drogas.
 - b) En lugares y tiempos inapropiados, propios de una actividad "furtiva", que hay que ocultar.
 - c) Sin una comunicación previa clara.
 - d) 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. Sólo cambios claros en la familia, la escuela y la comunidad, pueden influir de forma eficaz en ellos.

Teniendo en cuenta los factores señalados, no es fácil conseguir llevar a cabo intervenciones eficaces, porque en muchos casos no se dan las condiciones sociales para el éxito de éstas: la no aceptación de que los adolescentes puedan ser 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:

- a) Reconocimiento social de que numerosos adolescentes son, de hecho, sexualmente activos.
- b) 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 cuáles sean sus consejos deben:
 - Aumentar la conciencia de riesgo, si se tienen conductas sin prácticas seguras.
 - Informales de cuáles son las prácticas seguras.

- c) 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 ellas).
 - Conocer los riesgos reales de embarazo, SIDA, ETS 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.
- d) Conseguir de 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.

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 éstos 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.

EL TERCER OBJETIVO: APRENDER A VIVIR LAS RELACIONES AMOROSAS

La actividad sexual puede hacerse con o sin afecto. De hecho hoy día no son pocos los adolescentes que no ponen la condición de "sentir afecto", "estar enamorados" o "ser pareja", para tener relaciones sexuales. En este sentido piensan como buena parte de la sociedad: la actividad sexual depende de la voluntad de los actores.

Pero aun siendo esto así, es evidente que las personas necesitan resolver sus necesidades afectivas, porque somos una especie para el contacto y la vinculación. De hecho, ya desde el inicio o después de un período de exploración, los adolescentes se suelen acabar planteando la posibilidad de vivir en pareja, aunque hoy esta relación admite múltiples formas. Por eso, es importante que los niños y adolescentes aprendan a amar, a vincularse afectivamente con los demás, a vivir en pareja, si eso es lo que deciden.

Los vínculos afectivos más importantes son tres: vínculo del apego, vínculo de amistad y vínculo sexual amoroso. A cada uno de ellos se corresponde un tipo de soledad, si no se ha conseguido establecer de forma satisfactoria: soledad emocional (carecer el vínculo incondicional del apego, que se satisface con la familia y/o con la pareja), a soledad social (o carencia de vínculos de amistad, que se establece con algunas personas de similar edad) y la soledad sexual-amorosa (care-

cer de pareja). Estos vínculos se refuerzan unos a otros, desde muchos puntos de vista.

En esta ponencia nos referimos sólo al último de ellos: las relaciones de pareja, seguramente el más amenazado en la actualidad por múltiples razones. ¿Cómo podemos ayudar a los adolescentes a que tengan éxito en las relaciones de pareja?:

- Ofreciéndoles, en la familia, adecuados cuidados afectivos durante la infancia, muy especialmente aceptándolos incondicionalmente y reconocerlos como valiosos amándolos (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, tocas y ser tocados, abrazar y ser abrazados, expresar y comprender emociones, compartir las emociones, regular las emociones, etc. El 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. Pero los **profesionales** pueden ayudar a los padres a que las reconozcan y practiquen (con educación familiar), 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, la escolar y la profesional** tienen que hacer lo posible, no sólo por evitar la insatisfacción sexual y los riesgos asociados a las prácticas sexuales, sino por ayudar a los adolescentes a resolver sus necesidades amorosas. Para ellos nos parece fundamental:

- a) 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.

b) 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 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.).
- 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 currículo, una visión egocéntrica de las relaciones en las cuáles siempre, si es así, no se tiene tiempo para los hijos, para la familia, para los amigos y para la pareja.

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, 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 del otro (aspectos que, por cierto, favorecen también el buen funcionamiento sexual). ¿Estamos educando en la comodidad, en la búsqueda de propio currículo y el propio placer, o estamos educando en la capacidad de amar? Ésta es la cuestión. Equivocase 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.

A los que quieran ir más lejos en lo que podemos hacer les propongo un programa de promoción del bienestar para adolescentes (López y otros, 2006: El bienestar personal y social y la prevención del malestar y la violencia. Madrid: Pirámide).



XIX CONGRESO NACIONAL DE LA SEMA

Alicante, 18-19 abril de 2008

viernes 18 abril 2008

10.00-11.30 h ACTIVIDADES PRE-CONGRESO

Symposium:

Abordaje del distres del adolescente y trastornos asociados con medicamentos homeopáticos

- **Introducción a la homeopatía. Casos clínicos**
J. Román Pérez (Toledo)
Moderador: F.P. García López (Alicante)
- **Soluciones de la homeopatía en el distrés y trastornos**
V. Casaprima Sagués (Barcelona)
- **La investigación en homeopatía**
G. Díaz Sáez (Madrid)

Gentileza de Laboratorios Boiron

12.00-13.30 h Symposium:

Importancia de la duración de la protección en la prevención del cáncer de cérvix

- **Cervarix: protección duradera frente al cáncer de cérvix**
J. Marés Bermúdez (Blanes. Girona)
- **Papel del pediatra en la vacunación frente al cáncer de cérvix. Análisis de la conducta sexual de las adolescentes españolas**
J. García Sicilia (Madrid)

Gentileza de Laboratorios GSK

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL CONGRESO

15.30 h Apertura de las actividades del Congreso

15.35 h Mesa Redonda:

Unidades de adolescencia: de la teoría a la práctica

Moderador: G. Castellano Barca (Cantabria)

- **Unidades de Adolescencia Hospitalarias**
P. Brañas Fernández (Madrid)
- **Centro Joven: su importancia**
J. Madrid Gutiérrez (Madrid)
- **La experiencia en Italia**
G. Raiola (Italia)

17.00 h Acto Inaugural Oficial del XIX Congreso de la SEMA

17.30 h Descanso - Café

18.00 h Talleres simultáneos:

1. La entrevista

Ponente: J. Casas Rivero (Madrid)

Colaborador y Moderador: J.L. Iglesias Diz (Santiago de Compostela)

2. Anticoncepción y adolescencia

Ponente: N. Parera Junyent (Barcelona)

Moderador: M.C. Sirvent Mayor (Alicante)

3. Uso de psicofármacos

Ponente: A. Javaloyes Sanchís (Alicante)

Moderador: L. Rodríguez Molinero (Valladolid)

4. Búsqueda bibliográfica en medicina de la adolescencia

Ponente: J. González de Dios (Alicante)

Moderador: J. Valdés Rodríguez (Alicante)

5. Actitud ante el abuso de drogas

Ponente: P. Bermejo González (La Coruña)

Moderador: R. Pèlach Paniker (Pamplona)

21.30 h Cocktail de Bienvenida en el Casino de Alicante
Recepción ofrecida por el Excmo. Ayuntamiento de Alicante

sábado 19 abril 2008

09.30 h Mesa Redonda:

EL ADOLESCENTE COMO ENFERMO CRÓNICO

Moderadora: F. Cruz Sánchez (Cuba)

- **Enfermedad crónica en el adolescente: aspectos generales**

J. L. Iglesias Diz (Santiago de Compostela)

- **Asma y sus complicaciones**

M. Praena Crespo (Sevilla)

- **Trastornos psiquiátricos prevalentes**

J. Loño Capote (Valencia)

11.00 h Visita a pósters. Discusión

11.45 h Descanso. Café

12.15 h Talleres simultáneos:

1. La entrevista

Ponente: J. Casas Rivero (Madrid)

Colaborador y Moderador: J.L. Iglesias Diz (Santiago de Compostela)

2. Anticoncepción y adolescencia

Ponente: N. Parera Junyent (Barcelona)

Moderador: J.M. Bofarull Bosch (Tarragona)

	3. Uso de psicofármacos <i>Ponente:</i> A. Javaloyes Sanchís (Alicante) <i>Moderador:</i> T. García Muñoz (Oviedo)		- Del diagnóstico de ingreso al diagnóstico definitivo <i>Ponente:</i> M. Magaña Hernández (Zaragoza)
	4. Búsqueda bibliográfica en medicina de la adolescencia <i>Ponente:</i> J. González de Dios (Alicante) <i>Moderador:</i> C. Squitieri Rossetti (Alicante)	18.00 h	- Síncope y mareos S. García-Tornel Florensa (Barcelona)
	5. Actitud ante el abuso de drogas <i>Ponente:</i> P. Bermejo González (La Coruña) <i>Moderador:</i> P. Ruiz Lázaro (Madrid)	18.30 h	Descanso - Café
14.30 h	Comida de Trabajo		VII CONFERENCIA BLAS TARACENA DEL PIÑAL LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA <i>Ponente:</i> F. López Sánchez (Salamanca) <i>Moderador:</i> A. Redondo Romero (Alicante)
16.30 h	Sesión de Casos Clínicos y Comunicaciones <i>Moderadora:</i> I. Hidalgo Vicario (Madrid)	20.00 h	Acto de Clausura
		21.30h	Cena Oficial de Despedida

OTRAS ACTIVIDADES

Lugar: Salón de Actos del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Alicante

sábado 19 abril 2008

VI CURSO DE FORMACIÓN PARA PADRES DE ADOLESCENTES

El adolescente normal

- Desarrollo físico y necesidades médicas
P. Brañas (Madrid)
- Cambios psicosociales en los adolescentes y en sus padres
J. Madrid (Madrid)

Prevención de los comportamientos de riesgo: el escolar

- El aprendizaje de los hábitos y su repercusión en la adolescencia
I. Hidalgo (Madrid)

- La educación sexual
F. López (Salamanca)

Patologías emergentes

- Tecno-dependencias: el móvil, los videojuegos e Internet
A. Castaños (Alicante)
- Nuevos usos de drogas
L. Rodríguez (Alicante)
- El adolescente inmotivado
N. Bolufer (Alicante)

La violencia en la convivencia de los adolescentes

- J. Cornellà (Girona)