

adolescere

Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

Volumen II
SEPTIEMBRE 2014
Nº 3



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia



Sumario

Coordinadores

MI. Hidalgo Vicario
L. Rodríguez Molinero
MT. Muñoz Calvo

Consejo editorial

G. Castellano Barca (Cantabria)
J. Cornellà Canals (Gerona)
LS. Eddy Ives (Barcelona)
G. García Álvarez (Valladolid)
M. Güemes Hidalgo (Londres)
P. Horno Goicoechea (Madrid)
F. López Sánchez (Salamanca)
A. Marcos Flórez (Valladolid)
C. Martín Perpiñan (Madrid)
F. Notario Herrero (Albacete)
P.J. Rodríguez Hernández (Canarias)
M.J. Rodríguez Jiménez (Madrid)
P.J. Ruiz Lázaro (Madrid)
P. Sánchez Masqueraque (Madrid)

Junta Directiva de la SEMA

Presidenta
MI. Hidalgo Vicario
Secretario
J. Casas Rivero
Tesorero
L. Rodríguez Molinero
Vocales
M.J. Ceñal González-Fierro
N. Curell Aguilá
LS. Eddy
F. Notario Herrero
P. Ruiz Lázaro

Director de la Web

A. Redondo Romero

Coordinadora editorial

MI. Hidalgo Vicario

Diseño y maquetación

4monos.es

Editado por

SEMA
Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia
www.adolescenciasema.org

03 Editorial

Grupo de Endocrinología de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA).

07 Temas de revisión

Trastornos menstruales de la adolescencia

19 Temas de revisión

Apego y adolescencia: Narrándose en el espejo de los otros

30 Protocolo

Protocolo del acné

37 Caso clínico

Trastorno menstrual

42 Artículo Especial

Buenas prácticas en Medicina de la Adolescencia

La estrategia "para y con los jóvenes" de promoción de la salud mental del adolescente en Atención Primaria.

56 Novedades bibliográficas

60 Los padres preguntan

Tengo un hijo de 14 años al que desde hace varios meses encuentro muy nervioso; ha cambiado mucho su carácter. Mi hija tiene 15 años y ha empezado a fumar.

63 Entre nosotros

65 Noticias

68 Al Dr. Cornellà i Canals

In Memoriam



Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia



Normas de publicación en www.adolescenciasema.org
Secretaría editorial adolescere@adolescenciasema.org



Dra. María Teresa Muñoz Calvo

Servicio de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. Departamento de Pediatría. Universidad Autónoma. Coordinadora del Grupo de Endocrinología de la SEMA.

Grupo de Endocrinología de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

El grupo de Endocrinología de la SEMA, está formado por pediatras especialistas en Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia. Uno de objetivos principales es fomentar el desarrollo de la especialidad por parte de los pediatras y la implicación y coordinación con los médicos de familia, ya que ambas disciplinas tienen puntos en común en ciertos ámbitos de la asistencia e investigación clínica en los adolescentes.

Es sabido, que la adolescencia es una época de transición de la infancia a la adolescencia, y en dicha etapa las alteraciones endocrinológicas son de particular interés y relevancia. Por los motivos antedichos creemos oportuno señalar varios campos de trabajo importantes en la Endocrinología Pediátrica.

Crecimiento

El problema de la talla baja en los adolescentes tiene una doble vertiente, médica y social, que condiciona el que sea un motivo frecuente de consulta y de preocupación para los padres. Desde el punto de vista médico, el hipocrecimiento puede ser la manifestación inicial o principal de muchas patologías, en ocasiones graves, y la ausencia de un diagnóstico precoz y correcto puede retrasar el inicio de un tratamiento y, en ocasiones, condicionar definitivamente la talla adulta. Desde el punto de vista social, no sólo la talla baja es considerada como una causa de

estrés psicosocial para el adolescente y un factor limitante de su éxito social y profesional en la edad adulta, especialmente en el caso de los varones, sino que los medios de comunicación y, en ocasiones, los propios médicos, hemos transmitido a la sociedad el concepto erróneo de que toda talla baja puede y debe ser tratada. La consecuencia es que, la mayoría de los adolescentes que consultan por talla baja son normales que no requieren tratamiento y en los que la utilización de tratamientos intempestivos, además de suponer un coste económico elevado, no conlleva beneficios significativos y sí potenciales efectos secundarios que en algunos casos podrían ser graves. De ahí, la importancia de establecer un diagnóstico correcto y de transmitir a los padres y al adolescente una información adecuada y veraz.

Las actuales líneas de investigación de las alteraciones del crecimiento se centran en el estudio del patrón auxológico de los niños afectos de patología hormonal, el análisis molecular de las alteraciones de los genes que regulan el crecimiento humano y el estudio clínico de los factores de crecimiento en diferentes situaciones de patología, así como en el conocimiento de la expresión de los genes que regulan estas proteínas en el hipotálamo, la hipófisis, el hígado y el cartílago de crecimiento en el animal de experimentación.

Pubertad

La pubertad retrasada, especialmente en los varones, aunque sea únicamente un retraso puberal simple, puede conllevar importantes repercusiones psicosociales que son, con frecuencia, el motivo por el que el paciente acude a la consulta. En una época de extremada sensibilidad y labilidad psicológica, donde la imagen corporal es muy importante para la autoestima del sujeto, la falta de desarrollo puberal y la talla baja, que frecuentemente acompaña al retraso puberal, les hace con frecuencia objeto de burlas y vejaciones por parte de sus compañeros de edad, al tiempo que son relegados de las actividades deportivas y sociales, especialmente de aquellas que conllevan una interrelación con el otro sexo. Como consecuencia, es frecuente que los pacientes desarrollen una mala imagen de sí mismos, baja autoestima, conductas depresivas y tendencia al aislamiento y a una cierta agresividad, alteraciones que, en ocasiones, pueden desembocar en fracaso escolar y en problemas familiares y sociales graves.

El pediatra es el profesional que se enfrenta inicialmente a este tipo de situaciones y debe ser capaz de realizar un enfoque diagnóstico adecuado, diferenciar aquellas variantes normales del desarrollo de las que no lo son, orientar a los padres y al adolescente y, en aquellos casos que considere necesario, derivarle a un servicio de Endocrinología Pediátrica. Transmitir a los padres una información veraz sobre la amplia variabilidad normal en el tiempo de la pubertad, las escasas o nulas repercusiones que estas variaciones normales tienen sobre la talla adulta y la inconveniencia de llevar a cabo tratamientos, por innecesarios, contraindicados, es muchas veces suficiente para tranquilizar a los padres y a los adolescentes. Por el contrario, derivar precozmente aquellos pacientes sospechosos de patología puede permitir el diagnóstico precoz de patologías orgánicas, potencialmente graves y que el tratamiento evite, o al menos minimice las repercusiones auxológicas y psicosociales de estas patologías.

En los últimos años se ha avanzado enormemente en el conocimiento de los factores estimuladores gracias al conocimiento del papel del sistema kipeptina y su receptor. Así, sabemos que las neuronas productoras del factor liberador de gonadotropinas (GnRH) expresan el receptor de kipeptina y por tanto las neuronas productoras de kipeptina juegan un papel muy relevante en la diferenciación sexual del cerebro, el inicio de la pubertad, la regulación de la secreción de gonadotropinas y en el control metabólico de la pubertad. Además, a lo largo de los últimos años, se han descrito mutaciones del gen de kipeptina y de su receptor causantes de patología puberal (pubertad precoz y retrasada).

Diabetes

La adolescencia es una fase compleja que dificulta el control de la diabetes. La transición desde las Unidades de Diabetes pediátricas a las de adultos debe realizarse de un modo progresivo y planificado, centrandose la atención sobre el paciente mediante estrategias compartidas y contando con la colaboración de los familiares. La coordinación entre los profesionales de pediatría y de adultos, la educación grupal, el uso de nuevas tecnologías y el abordaje psicosocial, favorecen la adherencia y el seguimiento en esta fase de transición.

Es útil seleccionar en la Unidad de Diabetes de adultos a un especialista y educador/a que se centren en el seguimiento de los adolescentes con DM1 y que se sean los que van a continuar el control de los pacientes que se trasfieran y antes de ello hay que explicar con antelación al adolescente/familia cómo se va a hacer el cambio para que no suponga una disrupción en el tratamiento. Durante la transición se incrementa el riesgo de aparición y progresión de las complicaciones crónicas así como de los ingresos relacionados con la DM1.

Por todo ello, numerosas sociedades científicas (American Diabetes Association, la Sociedad Americana de Endocrinología Pediátrica, la Sociedad Americana de Endocrinología, la Asociación Americana de Pediatría, la Sociedad Internacional de Diabetes del niño y adolescente y la Sociedad Australiana de Endocrinología Pediátrica) han dado recomendaciones para organizar la transición de pacientes. Se propone una transición constituida por varias fases:

- *Fase de preparación:* a partir de los 12-13 años hay que ir implicando al adolescente progresivamente en el manejo de su enfermedad. Asimismo, hay que comenzar a informar de forma detallada a la familia/adolescente del futuro cambio a los especialistas de adultos.
- *Fase de transición:* sobre los 17-18 años, el adolescente debe comenzar a ser atendido por especialistas de adultos, siendo deseable que pase a una clínica específica de adultos jóvenes. Antes del cambio, el endocrinólogo pediatra debiera presentar al adolescente al especialista que le va a controlar posteriormente. Una mejor opción es organizar una consulta de transición en la que participen ambos especialistas de forma conjunta.
- *Fase de evaluación:* durante el primer año del seguimiento a cargo del servicio de adultos, algún miembro del mismo tiene que confirmar que el adolescente asiste a las citas con regularidad.

A pesar de estas recomendaciones, en muchas ocasiones el paso del adolescente a una Unidad de Diabetes de adultos no se planifica adecuadamente.

Obesidad

La prevalencia de obesidad en la adolescencia ha experimentado un incremento alarmante en el curso de las tres últimas décadas, constituyendo el trastorno nutricional más frecuente. Se acepta actualmente, que este incremento se debe al desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético propio del estilo de vida occidental.

El desarrollo del sobrepeso y posteriormente la obesidad gira en torno a vivir en “la sociedad de la abundancia” donde junto a una importante oferta de alimentos hipercalóricos, coexisten cambios en los estilos de vida como el sedentarismo e inadecuados hábitos alimentarios con una ingesta basada en las características organolépticas de los alimentos y un desconocimiento de sus características nutricionales.

La obesidad en la infancia y la adolescencia presenta algunas comorbilidades médicas similares a las de la etapa adulta, al tiempo que tiene alteraciones patognomónicas, derivadas del crecimiento y desarrollo propios de este periodo vital. De entre estas comorbilidades, destacan las metabólicas, por el prolongado periodo de tiempo en el que potencialmente pueden ejercer su efecto deletéreo sobre el sistema cardiovascular.

En los últimos años se han adquirido conocimientos en los mecanismos reguladores del peso y de la composición corporal descubriéndose nuevas hormonas, genes y vías reguladoras, pero el tratamiento de la obesidad sigue siendo uno de los problemas más difíciles de resolver en la práctica clínica. Es preciso un tratamiento multidisciplinar que puede ser coordinado por el pediatra quien además de identificar las poblaciones y factores de riesgo debe educar e instaurar medidas preventivas, y saber cómo abordar a los adolescentes y a sus familias. Todas las personas involucradas en la adolescencia deben actuar conjuntamente, sean clínicos, investigadores, profesores, y tutores, así como las administraciones, instituciones privadas, empresas de alimentación, etc para prevenir y paliar las complicaciones secundarias a la obesidad.

Finalmente, nuestro grupo desea promover diversas publicaciones relacionadas con la especialidad, tanto en las revistas de las respectivas sociedades científicas como en los correspondientes sitios webs de la SEMA y la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP). Asimismo, elaborar guías de práctica clínica y protocolos de actuación en coordinación con la SEMA, y participar activamente en cursos de formación y congresos de ambas especialidades como un grupo de trabajo específico en esta importante área de la adolescencia.

Trastornos menstruales de la adolescencia

M.J. Rodríguez Jiménez (*) , I. Hernández de la Calle ()**

(*) Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

(**) Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Vall D'Hebrón. Barcelona.

Fecha de recepción: 28 de agosto 2014

Fecha de publicación: 10 de octubre 2014

Adolescere 2014; II (3): 7-17

Resumen

Los trastornos menstruales de la adolescente engloban una serie de procesos relacionados con el ciclo menstrual, ya sea por alteración en el patrón de sangrado (por defecto: *amenorrea*; por exceso: *hemorragia uterina*), ya sea por dolor en la aparición del mismo (*dismenorrea*). Dichos problemas afectan hasta un 75% de las adolescentes y se relacionan con la elevada prevalencia de ciclos anovulatorios (55-82%) en los dos primeros años tras la menarquia. La importancia de las alteraciones del ciclo por exceso de sangrado es que, por su intensidad o por su persistencia en el tiempo, pueden dar lugar a anemia e incluso necesidad de transfusión. Por otro lado, las alteraciones por defecto (*amenorrea*) son causadas por varias entidades nosológicas, con diferente repercusión clínica. Finalmente, la *dismenorrea* es un proceso verdaderamente invalidante en el que se plantea el diagnóstico diferencial entre causa funcional u orgánica.

Palabras clave: *ciclo menstrual, amenorrea, dismenorrea, menstruación abundante.*

Abstract

The menstrual disorders in adolescence include several processes related to the menstrual cycle, whether by alteration in the pattern of bleeding (default: *amenorrhoea*; excess: *heavy uterine bleeding*), whether it is pain in the appearance of the same (*dysmenorrhoea*). These problems affect up to 75% of girls and are related to the high prevalence of anovulatory cycles (55-82%) in the first two years after menarche. The importance of the menstrual disorders due to excessive bleeding is which, by its intensity or its persistence over time, they can lead to anemia and even need for transfusion. On the other hand, the changes by default are caused by various nosological entities, with different clinical impact. Finally, *dysmenorrhoea* is a truly crippling process which proposes the differential diagnosis between functional or organic cause.

Keywords: *menstrual cycle, amenorrhoea, dysmenorrhoea, heavy uterine bleeding.*

Introducción

Los trastornos del ciclo menstrual constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta médica entre las adolescentes. Estudios realizados en nuestro país revelan que la edad media en la que aparece la primera menstruación es aproximadamente de 12,6 años y puesto que las alteraciones son debidas en su mayoría a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en los dos años posteriores a la menarquia, esa consulta va a ser recibida por el pediatra la mayoría de las veces y al ginecólogo sólo se va a consultar en los casos en los que la intensidad de la alteración sea mayor.

Ante esas alteraciones la actuación médica puede variar desde la conducta expectante y vigilancia de la evolución del cuadro, puesto que clásicamente conocemos que las irregularidades van a ser la norma al principio de la edad reproductiva, o la conducta activa instaurando tratamientos en todos los casos para evitar la repercusión de las mismas en la vida diaria de la joven. Por otra parte, hay que tener presente que pueden esconder otro tipo de patología que requiera tratamiento y seguimiento específico y que el médico ha de saber reconocer y diagnosticar.

Según el American College of Obstetrics and Gynaecology y American Academy of Pediatrics¹ el ciclo menstrual se debe interpretar como un signo vital adicional, indagando sobre sus características e insistiendo en su importancia ante la joven y sus padres, pues al igual que la tensión arterial, la frecuencia cardiaca o la frecuencia respiratoria pueden ser la clave del diagnóstico de enfermedades importantes, la identificación de un patrón menstrual anormal puede permitir la identificación precoz de posibles patologías durante la madurez.

Para conocer cuáles son las alteraciones más frecuentes, a que son debidas y la frecuencia con la que aparecen durante la adolescencia primero hay que hacer referencia a las características del ciclo menstrual normal: edad de aparición de la menstruación o menarquia, periodicidad, duración y cantidad.

Menarquia

La aparición de la primera menstruación o menarquia indica que la joven ha alcanzado un nivel determinado de madurez sexual y entra en la fase reproductiva de la vida.

La menarquia ocurre típicamente dentro de los 2-3 años posteriores al comienzo del desarrollo mamario o telarquia, cuando se ha alcanzado el Estadio Tanner IV y es raro que ocurra antes. La menarquia se correlaciona con la edad de comienzo del desarrollo puberal y mamario. Así, en las chicas con un comienzo precoz del desarrollo mamario, el intervalo hasta la menarquia es mayor, de 3 años o más, que en aquellas que lo inician más tarde.

La mayoría de las consultas por trastornos menstruales van a ser recibidas por el pediatra debido a que la menarquia se produce alrededor de los 12 años y medio

A lo largo de la evolución de la humanidad, se ha podido comprobar que la menarquia aparece en edades más precoces en función de la mejoría en los cuidados sanitarios, la mejora en la alimentación y la disminución del trabajo infantil. Sin embargo, en los últimos 40-50 años la edad de aparición de la menarquia se ha estabilizado, permaneciendo entre los 12 y 13 años en los países desarrollados y en poblaciones bien alimentadas. En España se dispone de dos estudios: uno realizado en Cataluña por Parera y colaboradores² en 1994, en el que se demostró una media de edad de la menarquia de 12,6 años, sin diferencias entre las mujeres adolescentes y adultas y otro estudio longitudinal realizado en 2005 en la población aragonesa por Fernández y colaboradores³ que confirman la misma media de edad de la menarquia: 12,62 años.

Periodicidad y duración del ciclo

Los ciclos menstruales son con frecuencia irregulares en las adolescentes. A pesar de la variabilidad, la mayoría de los ciclos tienen un rango entre 21 y 45 días, aunque sean frecuentes tanto ciclos cortos de <20 días como los largos >45. Hacia el 3º año tras la menarquia, el 60-80% de los ciclos duran entre 21 y 34 días, como en la mujer adulta. La duración normal del ciclo individual de cada mujer se estabiliza alrededor del 6º año ginecológico, a una edad cronológica de 19-20 años.

La causa más frecuente de esos ciclos irregulares va a ser la anovulación que caracteriza los primeros años de la actividad menstrual: del 55 al 82% de todos los ciclos en los primeros dos años tras la menarquia van a ser anovulatorios⁴. La aparición de los ciclos ovulatorios está a la vez relacionada con la edad de la menarquia: el inicio temprano de las menstruaciones se asocia con un inicio temprano de los ciclos ovulatorios y por el contrario, pueden pasar incluso de 8 a 12 años después de la menarquia hasta que las chicas que la tuvieron más tarde sean completamente ovuladoras.

La causa más frecuente de esos ciclos irregulares va a ser la anovulación que caracteriza los primeros años de la actividad menstrual

Es importante cuando una adolescente nos habla de que sus ciclos no son regulares saber a qué está refiriendo: ella puede querer decir que su duración no es exactamente de 28 días; que el periodo no viene exactamente el mismo día de la semana o del mes; que todos los meses no duran igual; que se "salta meses" cuando tiene un ciclo a finales de un mes y no comienza hasta el principio del mes siguiente; o que tiene 2 reglas al mes si una aparece los primeros días y otra al final del mismo mes. Y ninguna de esas quejas supone una irregularidad del ciclo.

Por eso es muy importante animar a las jóvenes a que rellenen un calendario menstrual, en el que se objete claramente cuando y con qué duración aparecen los ciclos menstruales.

Cantidad de sangrado

La pérdida menstrual se calcula sobre 30-60 ml de sangre por ciclo, considerándose excesiva si supera los 80 ml⁵. La forma práctica de medirlo es el recuento de los apósitos sanitarios utilizados, considerándose que el sangrado es excesivo si se necesita usar más de 6 al día o si requiere cambiarse en un espacio de tiempo menor a una hora.

Como no todos los días la cantidad de flujo menstrual es la misma, es importante que se diferencie el "sangrado", que precisa utilizar más de una compresa o tampón por día, del "manchado" cuando la pérdida es inferior a un apósito al día.

Ciclo menstrual normal

Fraser⁶ en 2007 recomienda la unificación de los términos usados para definir las anomalías del ciclo para usar términos más homogéneos descriptivos, simples y fáciles de entender por las mujeres y de traducir a diferentes lenguas. (Tabla 1)

Tabla 1.
Propuesta de nomenclatura
para definición de la normalidad y patología
del ciclo menstrual por Fraser *et al*⁶

DIMENSIONES DE LA MENSTRUACIÓN Y CICLO MENSTRUAL	TÉRMINO DESCRIPTIVO	LÍMITES NORMALES (percentil 5º-95º)
Frecuencia del período (días)	Frecuente	<24
	Normal	24-38
	Infrecuente	>38
Regularidad de la menstruación (variación ciclo a ciclo a lo largo de 12 meses, en días)	Ausente	--
	Regular	Variación de ± 2 a 20 días
	Irregular	Variación mayor de 20 días
Duración del sangrado (días)	Prolongado	>8
	Normal	4-8
	Acortado	<4
Volumen de la pérdida menstrual mensual (ml)	Fuerte	>80
	Normal	5-80
	Ligero	<5

Alteraciones por exceso: sangrado uterino excesivo en la adolescente

La importancia de las alteraciones del ciclo por exceso es que el sangrado, por su intensidad o por su persistencia en el tiempo, puede dar lugar a anemia e incluso necesidad de transfusión

La menstruación excesiva^{7,8} puede serlo por su frecuencia (intervalos entre reglas de menos de 20 días), por su duración (más de 8 días) o por su cantidad (más de 80 mls) o asociación de las anteriores. Otra forma de valorarlo es contando el número de tampones o compresas cuando es preciso utilizar más de 6 apósitos en 1 día (necesitar cambiarlos cada 3-4 hs es lo normal).

La importancia de las alteraciones del ciclo por exceso es que el sangrado, por su intensidad o por su persistencia en el tiempo, puede dar lugar a anemia e incluso necesidad de transfusión.

La causa más frecuente del sangrado excesivo en la adolescente es la anovulación secundaria a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico. El ciclo ovulatorio normal supone la producción cíclica de estradiol, que inicia el crecimiento folicular y la proliferación endometrial, seguida de la producción de progesterona tras la ovulación que transforma el endometrio en secretor. La ausencia de esta segunda hormona en los ciclos anovulatorios permite que el endometrio prolifere indefinidamente dando lugar al descamarse a sangrados prolongados en el tiempo o de intensidad aumentada.

Entre el 10-20% de los sangrados excesivos tiene una causa orgánica y la mayoría son secundarios a alteraciones de la hemostasia. Normalmente se trata de alteraciones de los factores de la coagulación, siendo el más frecuente el de la enfermedad de Von Willebrand seguido de las alteraciones plaquetarias. Otras causas orgánicas menos frecuentes son las complicaciones relacionadas con el embarazo, las tumoraciones benignas de útero (pólipos y miomas), las alteraciones endocrinológicas (hipo/hipertiroidismo, síndrome de ovario poliquístico, alteraciones adrenales), los cuerpos extraños vaginales y la ingesta de fármacos (anticonceptivos, psicótropos, antiagregantes).

Alteraciones por defecto: sangrado uterino infrecuente y amenorrea

La causa más frecuente de los trastornos del sangrado por defecto^{9,10} (intervalo prolongado entre menstruaciones) en la adolescente es también la anovulación debida a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico y la debida al síndrome de ovario poliquístico. Otras causas frecuentes son las alteraciones del peso, tanto por defecto como por exceso, el estrés, el ejercicio físico excesivo y la hiperprolactinemia.

Se habla de *amenorrea primaria* ante la ausencia de menarquia a los 14 años acompañada de falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios o a los 16 años, si éstos se han desarrollado adecuadamente. La amenorrea primaria puede ser debida a alteraciones anatómicas (agenesia mülleriana, himen imperforado, síndrome de Morris), ováricas (disgenesias gonadales, síndrome de ovario poliquístico), hipotalámicas (tumores, radioterapia holocraneal, retraso constitucional) hipofisarias (hiperprolactinemia, hipopituitarismo) o sistémicas (enfermedades crónicas de larga evolución, alteraciones endocrinas).

La *amenorrea secundaria* es la ausencia de menstruación durante 6 o más meses en una joven que ya la tenía, habiendo descartado gestación. Sin embargo es estadísticamente infrecuente que las adolescentes permanezcan en amenorrea más de 90 días (el percentil 95 de la duración del ciclo). Por lo tanto, las chicas con ciclos caóticos e irregulares con >3 meses entre periodos deben ser evaluadas sin asumir que es normal tener periodos irregulares en el primer año ginecológico. Las causas más frecuentes de amenorrea secundaria son las alteraciones ováricas, especialmente el síndrome del ovario poliquístico, y las de origen central, secundarias a trastornos de la conducta alimentaria, ejercicio físico intenso o estrés.

Las causas más frecuentes de amenorrea secundaria son las alteraciones ováricas, especialmente el síndrome del ovario poliquístico, y las de origen central, secundarias a trastornos de la conducta alimentaria, ejercicio físico intenso o estrés

Diagnóstico de los trastornos menstruales

Lo más importante es diferenciar si existe una causa orgánica del mismo o se trata de un desorden funcional. Para ello nos basaremos en la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias.

En cuanto a la anamnesis, la entrevista puede realizarse con la adolescente sola o con acompañante. En éste último caso, si la adolescente es mayor de 13 años, siempre debe reservarse un momento de intimidad para preguntarle por la existencia de relaciones sexuales, asegurándole la confidencialidad y que sus padres sólo serán informados si ella lo autoriza o si existe un grave problema de salud.

Es importante recabar información sobre antecedentes en la familia de enfermedades graves o alteraciones de la hemostasia, tanto hemorrágicas como enfermedad tromboembólica. Tam-

bién por la talla y tipo constitucional de los padres, edad de desarrollo de los padres y hermanos y edad de la menarquia materna y de las hermanas mayores.

En los antecedentes personales es importante conocer, además de la existencia de otras patologías, si consume medicamentos o drogas, si ha existido pérdida o ganancia de peso, si hace deporte y con qué intensidad, y si existen problemas asociados como acné, hirsutismo, alopecia o secreción mamaria.

En las adolescentes que hayan presentado la menstruación se investigará la edad de la menarquia, la cantidad de flujo, la duración de los ciclos, el número de apósitos utilizado, la presencia de dismenorrea, la fecha de la última regla y el tiempo de evolución de las alteraciones. En las jóvenes sexualmente activas se debe preguntar por el número de parejas y el uso de método anticonceptivo.

En la exploración física general valoraremos el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el estado nutricional y la palidez. Se valorarán así mismo signos de hiperandrogenismo (acné, seborrea, hirsutismo...).

La exploración ginecológica mediante tacto vaginal es preceptiva si la joven ha tenido relaciones sexuales

La exploración ginecológica mediante tacto vaginal es preceptiva si la joven ha tenido relaciones sexuales, pero en niñas más pequeñas puede sustituirse por la inspección de vulva y vagina, comprobando la normalidad de los genitales externos y la permeabilidad de himen y vagina, y una ecografía pélvica para valorar útero y anejos.

En los casos de sangrado excesivo, es aconsejable realizar una analítica completa que nos informe de la repercusión hemodinámica del sangrado y del estado de la coagulación. No es necesario realizar estudios hormonales. En los casos de sangrado uterino infrecuente o ausente se añadirá al estudio analítico básico la determinación de FSH, LH, estradiol, PRL, TSH y T4. Si existen signos de hiperandrogenismo también testosterona total y libre y 17-OH-progesterona.

La ecografía ginecológica es una prueba diagnóstica de gran ayuda en las adolescentes porque además de barata y sencilla puede aportar información relevante. En las jóvenes no sexualmente activas se puede realizar vía transabdominal, con repleción vesical, o vía transrectal. En los casos de sangrado excesivo la ecografía ginecológica sirve para descartar patología orgánica causante del sangrado, como pólipos, miomas o tumoraciones anexiales. En las amenorreas, se podrá valorar la existencia de útero y anejos y el aspecto de los ovarios.

Otras pruebas complementarias que pueden aportar información sólo deberán solicitarse si se sospecha una patología concreta:

- RM abdomino-pélvica: ayuda en el diagnóstico de las malformaciones del tracto genital interno, aunque va siendo relegada por la ecografía tridimensional
- RM craneal: indicada en las hiperprolactinemias y sospecha de tumores hipotalámicos
- Cariotipo: en las disgenesias gonadales y fallo ovárico prematuro
- RX de muñeca: para determinar la edad ósea en los casos de amenorrea primaria que presenten un retraso constitucional generalizado

Tratamiento del sangrado uterino excesivo

Los trastornos menstruales de la adolescente no siempre necesitan tratamiento médico y, al ser debidas en su mayoría a una inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, suelen mejorar espontáneamente¹¹. Lo importante es valorar la repercusión que tienen en la joven y vigilar la evolución del cuadro.

En el caso de metrorragias o ciclos irregulares que no tengan repercusión hemodinámica, es suficiente con tranquilizar a la paciente, aconsejar medidas higiénico dietéticas como reposo los días de mayor sangrado o alimentos ricos en hierro, y controlar cada 3 meses la evolución de las reglas.

La suplementación con hierro está indicada siempre que se detecte un déficit del mismo.

El tratamiento médico no hormonal está indicado en aquellos sangrados abundantes sin patología orgánica subyacente y con un patrón de aparición más o menos regular. Las dos principales líneas de tratamiento son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los antifibrinolíticos.

El mecanismo de acción de los AINE es por la alteración del equilibrio entre el tromboxano_{A2} (vasoconstrictor y estimulante de la agregación plaquetaria) y la Prostaciclina (PG I₂, vasodilatadora e inhibidora de la agregación) a favor del primero. Pueden llegar a disminuir la cantidad de flujo en 40-50%. El más útil es el ácido mefenámico.

Los activadores del plasminógeno son un grupo de enzimas que causan fibrinólisis (disolución de los coágulos). Se ha observado un aumento en los niveles de los activadores del plasminógeno en el endometrio de mujeres con sangrado menstrual grave, comparado con aquellas con pérdidas menstruales normales. Por lo tanto, se ha fomentado el uso de los inhibidores de los activadores del plasminógeno (agentes antifibrinolíticos) como un tratamiento para el sangrado menstrual grave. El tratamiento antifibrinolítico con ácido tranexámico provoca una mayor reducción en las mediciones objetivas del sangrado menstrual abundante en comparación con el placebo u otros tratamientos médicos (AINE, progestágenos orales de la fase lútea y etamsilatol). Este tratamiento no se asoció con un aumento en los efectos secundarios ni con un aumento del riesgo de enfermedad trombotogénica (trombosis venosas profundas).

El tratamiento hormonal está indicado tanto para el control del episodio agudo como para restablecer la periodicidad del ciclo en aquellos casos en los que exista una repercusión analítica o esté afectada la calidad de vida de la adolescente¹². Las opciones de tratamiento hormonal son: anticonceptivos combinados, compuestos estrógeno+gestágeno no anticonceptivos y gestágenos solos (orales, depot, o intrauterinos).

En el caso de un episodio agudo de sangrado activo profuso, lo primero es el cese del mismo, para lo que se empleará un compuesto anticonceptivo que contenga 50 microgramos de etinilestradiol a altas dosis (3 comprimidos/día hasta el cese del sangrado; 2 comprimidos/día durante 3 o 4 días; 1 comprimido al día durante 10 días). Al cesar el tratamiento, se producirá un nuevo sangrado por privación y se comenzará con un anticonceptivo a dosis habitual durante 3 a 6 meses. Si tras suspenderlo, las menstruaciones son normales mantendremos actitud expectante. Si retornan las hemorragias, hay que pautar anticonceptivos otros 3 a 6 meses.

Los anticonceptivos combinados reducen hasta en un 70% la cantidad de flujo menstrual y regularizan el ciclo. La pauta habitual de tratamiento es de 1 comprimido al día durante 21 días seguido de 7 días de descanso o toma de placebo, en los cuales aparece el sangrado por privación. Si la anemia es severa y se quieren evitar pérdidas sanguíneas hasta recuperar una

Las metrorragias de la adolescente no siempre necesitan tratamiento médico y, en su mayoría, suelen mejorar espontáneamente. Lo importante es valorar la repercusión que tienen en la joven y vigilar la evolución del cuadro

Los compuestos combinados de estrógeno natural (valerato de estradiol) más gestágeno sólo deben utilizarse en aquellos casos en los que la paciente no sea sexualmente activa pues no inhiben la ovulación

cifra de hemoglobina aceptable, está indicado mantener un tratamiento continuado con un anticonceptivo sin pausa de descanso durante 3-4 meses. Con ello, se evita la menstruación durante ese tiempo y se produce una mayor atrofia endometrial, por lo que al suspenderlo, la regla será poco abundante.

Los compuestos combinados de estrógeno natural (valerato de estradiol) más gestágeno sólo deben utilizarse en aquellos casos en los que la paciente no sea sexualmente activa pues no inhiben la ovulación. Disminuyen menos la cantidad de flujo menstrual que los anticonceptivos.

El tratamiento con gestágenos orales no disminuye tanto la cantidad de sangrado pero se utilizan para conseguir un ritmo controlado de privación. También en aquellos casos en los que exista contraindicación para la toma de estrógenos, como las trombofilias. La posología es: progesterona micronizada 200 mgrs/día o acetato de medroxiprogesterona 10 mgrs/d, durante 12 días comenzando el día 14º del ciclo menstrual (el primer día es el que baja la regla).

En los casos en los que se necesite una supresión prolongada del sangrado se puede recurrir tanto a los gestágenos depot (acetato de medroxiprogesterona), implante de etonorgestrel y dispositivo intrauterino de levonorgestrel. Estos últimos además proporcionan una anticoncepción eficaz y segura, aunque se debe advertir a la joven de que en los primeros meses es frecuente la aparición de sangrados escasos pero erráticos.

El tratamiento se mantendrá de 3 a 6 meses y valoraremos la evolución de los ciclos tras suspensión del mismo.

Tratamiento de la amenorrea

En el caso de una amenorrea primaria debida a una malformación del aparato genital el tratamiento será el específico de cada caso: quirúrgico en el himen imperforado o el septo vaginal; creación de neovagina en el síndrome de Rockitansky; hormonal sustitutivo con Estradiol parches o Estrógenos equinos 0,625 mgr/día en el Sind. de feminización testicular.

En los casos de insuficiencia ovárica, es imprescindible una sustitución cíclica secuencial utilizando estrógenos naturales y gestágenos a fin de inducir y activar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. También son necesarios para alcanzar el pico de masa ósea pues las jóvenes con déficit estrogénico presentan osteoporosis e incluso fracturas patológicas.

Si la causa es un trastorno de la función tiroidea, el tratamiento será el adecuado según se trate de hiper- o hipotiroidismo.

Si se detecta una hiperprolactinemia, tras descartar la existencia de un prolactinoma, se instaurará tratamiento con Cabergolina 1 o 2 comp/sem.ana.

Si es una amenorrea por anovulación, además de medidas higiénico-dietéticas como la pérdida de peso o evitar el estrés, se iniciará un tratamiento con gestágenos durante la segunda mitad del ciclo (progesterona micronizada 200 mg/d; acetato de medroxiprogesterona 10 mgrs/día, ambos durante 12 días/mes).

En el caso de una adolescente que tenga relaciones sexuales o si existen claros signos de androgenización, se aconseja el tratamiento con un anticonceptivo que contenga etinilestradiol y un gestágeno antiandrogénico, como la drospirenona o clormandinona, que se mantendrá en función de la mejoría de los síntomas.

En el caso de una adolescente que tenga relaciones sexuales o si existen claros signos de androgenización, se aconseja el tratamiento con un anticonceptivo que contenga etinilestradiol y un gestágeno antiandrogénico, como la drospirenona o clormandinona

Tanto en las amenorreas por fallo ovárico (en las que las gonadotropinas estarán elevadas) como en las de causa hipotálamo-hipofisaria o central (en las que estarán bajas) el tratamiento será sustitutivo, en el primer caso para siempre y en el segundo hasta que cese la causa de la amenorrea (anorexia nerviosa, estrés por deporte...) Se pueden utilizar compuestos combinados no anovulatorios (valerato de estradiol +gestágeno) o anticonceptivos que contengan 30 o 35 mgrs de etinilestradiol.

Dismenorrea

Uno de los motivos más frecuentes de consulta es el dolor menstrual o dismenorrea. El problema diagnóstico básico estriba en discernir si existe o no un proceso o anomalía pélvica responsable, es decir si nos encontramos ante una dismenorrea primaria o secundaria.

La dismenorrea primaria es la más frecuente en la adolescente (43-93%)¹³. Dado que la dismenorrea primaria sólo se presenta en los ciclos ovulatorios, la historia clínica suele iniciarse 6-12 meses tras la menarquia, cuando la ovulación empieza a regularizarse. La prevalencia a los 12 años es de 39%. Su frecuencia aumenta entre los 14 y 16 años y su máxima incidencia es entre los 17-18 (72%). En cambio, la dismenorrea que empieza a los 18- 20 años suele ser secundaria.

En relación con la etiopatogenia de la dismenorrea primaria, actualmente se acepta que tras la ovulación el endometrio produce prostaglandinas que estimularían la vasoconstricción local y la contracción miometrial. La vasoconstricción produciría isquemia endometrial que contribuiría a controlar la hemorragia menstrual. Por otro lado la contracción miometrial ayudaría a expulsar la sangre menstrual de la cavidad uterina. Ambas, la vasoconstricción local y la contracción miometrial, explicarían el dolor que acompaña al ciclo menstrual ovulatorio.

Tratamiento de la dismenorrea

Si bien existen medidas no farmacológicas que pueden ayudar a mejorar el dolor menstrual como el ejercicio, reposo, calor local, dieta baja en grasas, suplementación con Omega3 o acupuntura, el tratamiento de la dismenorrea se basa en dos pilares: los antiinflamatorios no esteroideos y los anticonceptivos¹⁴.

Los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas (antiinflamatorios no esteroideos) constituyen el primer peldaño del tratamiento. La administración se realiza durante los 2 o 3 primeros días de la regla, no habiéndose comprobado la utilidad de su toma en días previos. Para valorar su eficacia es necesario mantener los tratamientos 5-6 meses e incluso cambiar de uno a otro compuesto hasta conseguir el más eficaz para cada paciente.

Si la dismenorrea no mejora con terapia anterior, si se asocian hemorragias cuantiosas o si la joven desea un método anticonceptivo, los anticonceptivos orales constituyen la segunda arma terapéutica, con los cuales conseguimos la eliminación del dolor en el 90% de los casos. Su efecto beneficioso viene determinado por la inhibición de la ovulación y por tanto de los niveles de prostaglandinas.

Cuando las medidas terapéuticas anteriores no resuelven el cuadro de dolor hay que recurrir a la laparoscopia para descartar patología orgánica responsable.

El tratamiento de la dismenorrea se basa en dos pilares fundamentales: los antiinflamatorios no esteroideos y los anticonceptivos

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. ¿Cuál es la causa más frecuente de los trastornos menstruales durante la adolescencia?**
 - a. La patología benigna del ovario
 - b. La patología benigna del útero
 - c. La inmadurez de eje hipotálamo hipofisario ovárico
 - d. La ingesta de fármacos hormonales
 - e. La patología neoplásica del los genitales internos

- 2. ¿Cuál de estas afirmaciones no es cierta en relación a la menarquia?**
 - a. La edad media de la menarquia en las jóvenes españolas es de 12 años y medio
 - b. La menarquia aparece cuando el desarrollo mamario se encuentra en estadio Tanner IV
 - c. Las condiciones sanitarias y de alimentación influyen en la edad de la menarquia
 - d. Es muy frecuente que no aparezca la primera menstruación hasta los 16 años
 - e. La irregularidad de los ciclos es frecuente tras la menarquia

- 3. ¿Cuál debe ser la actitud ante la primera consulta de una adolescente por irregularidad en la menstruación?**
 - a. Remitir al Ginecólogo para ser valorada adecuadamente
 - b. Solicitar una analítica hormonal para diagnosticar alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal
 - c. No dar importancia, pues es lo habitual en los primeros años tras la menarquia pero hacer un seguimiento clínico
 - d. En todos los casos prescribir un tratamiento hormonal
 - e. Solicitar una ecografía ginecológica para valorar genitales internos

- 4. ¿Cuál de los siguientes no es un tratamiento que se utilice en los trastornos menstruales de las adolescentes?**
 - a. Los anticonceptivos
 - b. Compuestos combinados de estrógenos y gestágenos no anticonceptivos
 - c. Antifibrinolíticos
 - d. AINE
 - e. Estimulación con gonadotropinas hipofisarias (LH y FSH)

- 5. ¿Cuáles de los siguientes es el tratamiento que se debe prescribir en primer lugar para la dismenorrea?**
 - a. AINE, cuando tenga dolor o incluso de forma pautada los días de mayor sintomatología
 - b. AINE, comenzando 3 o 4 días antes de empezar la regla
 - c. Laparoscopia, para descartar patología orgánica
 - d. Anticonceptivos
 - e. Solo medidas físicas como reposo y calor local

Respuestas en la página 67

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Adolescent Health Care, Diaz A, Laufer MR, Breech LL. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Pediatrics* 2006; 118(5): 2245-2250.
2. Parera N, Penella J, Carrera JM. Menarquía, avance secular y datos antropométricos. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 1997; 40 (1): 30-37.
3. Fernández A, Bagger L, Labarta JI, Labena C, Mayayo E, Puga B et al: Longitudinal study of normal Spanish children from birth to adulthood anthropometric, puberty, radiological and intellectual data. *Pediatr. Endocrinol Rev.* 2005; 2 Suppl 4:425-455
4. Speroff L, Fritz M.A: Trastornos menstruales. En Speroff L, Fritz M.A.: *Endocrinología Ginecológica, Clínica y Esterilidad*. 7º edición. Lippincott Williams&Wilkins; 2006 p.531-546.
5. Gray SH, Emans SJ. Abnormal vaginal bleeding in the adolescent. In: Emans, Laufer, Goldstein's *Pediatric & Adolescent Gynecology*, 6th Emans SJ, Laufer MR (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2012. P.159
6. Fraser IS, Critchley HOD, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? *Human Reproduction* Vol.22, No.3pp. 635-643. 2007
7. Dueñas JL, López E, González JV, Ordás J, Sánchez R. Alteraciones menstruales por exceso. En: Buil C, Lete I, Ros R, de Pablo JL (coord.). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos*. 1.ª ed. Zaragoza: S.E.C.; 2001. p. 217-29.
8. Parera N, Colomé C. Enfoque clínico de los trastornos menstruales por exceso: menstruación excesiva, frecuente o prolongada. En: *Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2013. P 63-70
9. de Santics V, Fiscina B: Amenorrea primaria y secundaria en adolescentes. Evaluación clínica y diagnóstica diferencial. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM (eds.) *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. 2ª edición. Ed Ergón 2012 p 513-520
10. Gómez MT, Fuentes AM, González de Merlo G. Enfoque clínico de los trastornos menstruales por exceso. En: *Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2013. p 71-80
11. Rodríguez M.J., Brañas P: El ciclo menstrual y sus trastornos. Hemorragia uterina disfuncional. Dismenorrea. Síndrome premenstrual. En: *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. 2ª edición. Ed Ergón 2012 p 507-512
12. Rodríguez M.J Alteraciones menstruales de la adolescente. En: Argente J, Soriano L *Manual de Endocrinología Pediátrica*. 2º ed. Ed Ergon 2014 p75-84
13. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19: 363-371.
14. Sánchez M, Blanes AA. Dismenorrea. Dolor pélvico agudo y crónico. En: *Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2013.p 81-93.

Apego y adolescencia: Narrándose en el espejo de los otros

P. Horno Goicoechea

Consultora en Infancia, Afectividad y Protección. Espirales Consultoría de Infancia.

Fecha de recepción: 25 de agosto 2014

Fecha de publicación: 10 de octubre 2014

Adolescere 2014; II (3): 19-28

Resumen

En los últimos años hemos empezado a considerar “el apego” como algo importante en la vida personal, afectiva y social. El apego se forma desde las primeras experiencias infantiles con las personas que nos cuidan y nos quieren. Nos da seguridad, confianza y nos hace ver la vida con optimismo. En la adolescencia empieza la narración de lo que uno ha vivido, sea esto bueno o malo. Si se es capaz de entender e interpretar las circunstancias por las que uno ha pasado, hará de su vida un relato coherente, único e irrepetible que le dará confianza y seguridad. La calidad del apego es una parte del éxito en la vida, pero no lo único. Pero quienes no han tenido esa suerte no necesariamente están abocados al fracaso. La Resiliencia o capacidad de resistir la adversidad, puede suplir y superar una infancia infeliz y desgraciada.

Palabras clave: *adolescencia, apego, vínculo, narración, desarrollo cerebral.*

Abstract

Only recently has “the attachment” begun to be considered an important element in personal, emotional and social life. The attachment develops from very early childhood experiences towards people who take care and love him/her. It gives the person a sense of safety, confidence and makes him/her see life optimistically. It is in adolescence when the description of one’s life experiences begins, including the good and bad ones. If one is able to understand and interpret the past circumstances, then life may be a consistent, unique and unrepeatable story that will give that person self-confidence. The quality of the attachment accounts for part of success in life, but not for all of it. Those who were not so lucky to establish it are not necessarily doomed to failure. Resilience or the ability to face adversity, can supply and make one overcome an unhappy and miserable childhood.

Keywords: *adolescence, attachment, link, narration, brain development.*

La experiencia y, dentro de ésta, la interconexión con otras personas, condiciona, modula y promueve el desarrollo pleno de la persona

1. Introducción

La experiencia y, dentro de ésta, la interconexión con otras personas, condiciona, modula y promueve el desarrollo pleno de la persona. Desde su desarrollo cerebral, hasta su desarrollo afectivo y social. Los diferentes aspectos del desarrollo se construyen desde los cimientos de estimulación que brindan en gran medida nuestras relaciones afectivas.

La adolescencia, como veremos a lo largo del artículo, es un periodo clave en este proceso, porque supone una individuación de la persona en todos los sentidos: desde su separación de sus figuras parentales, hasta una criba en todas las conexiones neuronales activadas en la infancia para quedarse y desarrollar en plenitud aquellas que son útiles y funcionales (Siegel, 2014). Desde los aspectos más microscópicos hasta los más externos y relacionales, la adolescencia es la entrada al ser "individuo".

Y curiosamente, del mismo modo que sucedió en los primeros años de vida, este proceso se asienta y se desarrolla a través de un fortalecimiento de las redes relacionales, esta vez ya elegidas por el o la adolescente: la red de iguales, las primeras parejas, y otras figuras vinculares (Horno, 2013).

Al final de este proceso quedarán asentados en la persona, entre otros:

- ✦ unas habilidades y destrezas básicas en las que destacará y desde las que probablemente enfocará en gran medida su desarrollo académico y laboral,
- ✦ un criterio moral autónomo, no ya heterónimo,
- ✦ una forma de pensar y procesar individual asentada sobre su experiencia y su intuición,
- ✦ la capacidad de modular cognitivamente las emociones y la impulsividad y
- ✦ una red afectiva elegida con consciencia en la que la persona ya no es sólo un bebé necesitado sino una persona capaz de ser autónomo, estar solo y entregarse a los demás por igual.

Y si el proceso ha sido positivo (lo que no significa exento de conflicto) todo este bagaje se habrá logrado sin conductas dañinas o destructivas, con una gran dosis de sentido del humor y de creatividad, y con una imagen positiva de sí mismos y de lo que pueden esperar del mundo.

La adolescencia es un reto, pero es también una inversión para una vida plena

Por todo ello, la adolescencia no es una fase que haya que temer, ni que haya que evitar o acortar. Es una inversión para una vida plena. Puede ser uno de los momentos de más luz en nuestra vida. Es un aprendizaje, y como tal, un reto. Pero un reto que hay que saber atravesar.

2. Algunas claves sobre el apego en la adolescencia

Una de las transformaciones más evidentes en la adolescencia va a ser la de los modelos vinculares de la persona. Pasará de ser un bebé necesitado de unas relaciones de apego que garanticen su supervivencia brindándole una seguridad básica a través del cuidado, el ajuste emocional, la regularidad y la estabilidad, a ser un adulto que elige, conforma y define los vínculos afectivos que conserva, rompe o crea en su vida.

Luego cuando se habla de apego en la adolescencia, es importante aclarar algunos aspectos. El apego es una necesidad de supervivencia del bebé. Una necesidad universal y primaria. **Los vínculos que establecemos más adelante son relaciones más complejas a las que nos acercamos con una serie de expectativas y de patrones de conducta que tienen que ver con esas experiencias de apego primarias, pero no se limitan a ellas.**

Por lo tanto, aquellas figuras que asumen la crianza convirtiéndose en figuras parentales para el niño o niña (madre, padre, abuelos, cuidadores..) les proporcionan modelos cognitivos de referencia sobre sí mismos y sobre los demás, los llamados "modelos afectivos internalizados". Estos modelos de relación conllevarán una serie de expectativas y definirán su modo de relacionarse afectivamente. Pero cuando hablamos de modelos vinculares no hablamos de una relación de apego y supervivencia, hablamos de una serie de ideas, creencias, expectativas en las que la persona puede, y de hecho lo hace, integrar elementos de distintas experiencias de apego primarias. **La relación entre las experiencias de apego en la primera infancia y los modelos vinculares en la adolescencia es fundamental pero no lineal.**

La construcción de los modelos vinculares es narrativa, partiendo de las experiencias de apego en la infancia

En ese sentido, los modelos vinculares se transforman y se amplían, incorporando los inputs de otras relaciones afectivas que establecen las y los adolescentes. **Es justo la adolescencia cuando asumen un papel protagónico otras experiencias de vinculación afectiva diferentes de las familias, sobre todo el grupo de iguales y las primeras relaciones de pareja.**

Estas nuevas relaciones vinculares cuestionan las experiencias de apego pasadas y los modelos que éstas construyeron, los amplían y los relativizan. Proporcionan al adolescente elementos nuevos para cuestionar su propia historia y modular su modo de relacionarse y situarse en el mundo. El grupo de iguales y las primeras relaciones de pareja juegan un papel esencial por dos motivos:

- Son experiencias vinculares diferentes de las familiares. La amistad y la pareja proporcionan modelos afectivos desde experiencias vinculares muy diferentes.
- Proporcionan a las y los adolescentes el sentimiento de pertenencia a un mundo propio y distinto del de su familia, desde el que pueden empezar a construir una identidad diferenciada.

3. Apego, vínculo y narración

El paso del apego como necesidad primaria de supervivencia a los vínculos afectivos como relaciones elegidas de las que se puede y debe hacer responsable al adolescente es un proceso en que ambos elementos se irán realimentando. Los patrones de apego internalizados en la primera infancia condicionarán las expectativas que genere sobre las posibles relaciones presentes y futuras y su modo de acercarse a ellas. Y a su vez estas relaciones le servirán para modular, transformar en positivo o negativo, reconstruir y transformar sus modelos vinculares. Y si es necesario, sanar el daño que hayan podido producirle sus figuras de apego primarias.

Esta **construcción de los modelos vinculares es narrativa**. Los modelos vinculares en la adolescencia y adultez se construyen sobre el relato que la persona se cuenta a sí misma de su propia historia, de sus experiencias de apego y vínculos posteriores, no sobre los hechos en sí mismos. Una persona puede haber tenido experiencias en su infancia dolorosas o dañinas y construir un modelo afectivo seguro y al contrario, otra persona con experiencias en principio menos dolorosas puede construir un relato inseguro de las mismas y desde ahí un modelo afectivo inseguro. El relato que nos construimos es único. Cada persona construye el suyo, incluidos los hermanos de una misma familia que pueden construir relatos y modelos afectivos

muy diferentes aunque tengan las mismas figuras parentales. Y este relato se puede también modificar durante toda la vida en positivo o negativo.

Por lo tanto, para los profesionales que trabajan con adolescentes y para ellos y ellas mismos, es fundamental comprender que **el factor más importante en el desarrollo afectivo no son las experiencias de apego en la infancia, sino haber sido capaz de construir una narrativa coherente sobre las mismas**, una narración donde se llegue a comprender por qué sucedió lo que sucedió, las fortalezas y las debilidades de las figuras parentales, el contexto y las consecuencias que ha tenido todo ello en su propio desarrollo. En la medida que la persona puede comprender y narrarse a sí misma su propia historia, ésta pasa a tener menos peso negativo. Muy al contrario, se puede convertir, por muy negativa que sea esta experiencia, en un motor de transformación y de entrega. Es parte de lo se conoce como resiliencia (Cirulnik, 2000).

Una narración integrada y coherente es la base afectiva que posibilita:

1. **Una autoestima consistente**, construida desde una imagen ajustada a la realidad pero con el enfoque positivo que surge de narrarse a uno mismo como alguien que fue digno de ser amado.
2. **Capacidad para vincularse positivamente**, construida desde una narración positiva y congruente de las experiencias de apego en la primera infancia y la integración de elementos de las diferentes figuras vinculares.
3. **Capacidad para reescribir el pasado positivamente**. La construcción de una narración positiva de las experiencias dolorosas y dañinas en la primera infancia posibilita integrarlas afectivamente. Esto no significa quitarles peso ni importancia, sino al contrario, construir un relato donde el dolor tenga el lugar que debe y sea uno de los elementos significativos de la historia de la persona, pero no la defina. Significa honrar la capacidad de supervivencia de la persona, reconocerse su valor ante sí mismo y su capacidad para cambiar, separarse si es necesario y comenzar de nuevo. Construir un relato positivo del dolor no es negarlo, ni olvidarlo, pero sí es lograr no quedar anclado en él.
4. **Sentimiento de pertenencia**. Una narrativa integrada posibilita a la persona sentirse partícipe de una red, sentir que tiene un lugar propio en el mundo. Ésta es una de las claves emocionales de los vínculos afectivos: que rompen la soledad, que dan un lugar de pertenencia a las personas. Pero ese lugar de pertenencia tiene que ser narrado y expresado para ser real. Hay personas que tuvieron un lugar pero nunca se vivieron como pertenecientes a él por distintas heridas afectivas en su historia (Horno, 2004).

Al final de la adolescencia, la persona definirá su propia identidad. Pero la identidad no es sino la "narración que nos hacemos sobre nosotros mismos" (McAdams 1999). Esta narración que es compleja (enlaza elementos de diferentes ámbitos de la vida), flexible (es un relato que varía y se adapta a las diferentes circunstancias vitales), subjetiva (se construye desde la propia percepción y como tal de partida es subjetiva) y dinámica (se va transformando, no es estática), conlleva para las y los adolescentes las necesidades de:

- Reflexión: en un momento de la vida muy dado a la actividad y al vivir para afuera, es necesario promover con las y los adolescentes espacios de quietud y reflexión individual.
- Coherencia entre el relato y su propia vida.
- Consistencia interna del relato que han construido y a lo largo del tiempo.
- Tener un propósito o meta final para ese relato, para su propia vida.

La definición de la identidad, por tanto, se construye narrativamente y esa narrativa tiene una base relacional y afectiva. Se construye desde las emociones y con los inputs que se integran de

Construir un relato positivo del dolor no es negarlo, ni olvidarlo, pero sí implica lograr que no sea lo único que defina a la persona

las figuras vinculares, que en el momento de la adolescencia, como hemos visto, van más allá de las familias, dando un especial protagonismo al grupo de iguales. Las y los adolescentes no serán capaces de integrarse en la sociedad, asumir un rol protagónico y responsable y una ética de cuidado en sus relaciones si antes no han podido construir una identidad propia positiva y desde la aceptación de lo que son, sin juicio (Bronfenbrenner, 1992).

En ese sentido, todo el esfuerzo, tiempo, técnicas y metodologías que logren crear esa autoconsciencia, esos espacios para la auto narración será esfuerzo útil a la hora de lograr que la persona gane su base de seguridad, fueran cuales fuesen sus experiencias de apego en la infancia. Pero evidentemente, es necesario identificar y tener presentes estas experiencias para poder ayudar al adolescente a que construya esa narrativa positiva, y ser honestos y claros a la hora de comprender que hay narrativas coherentes mucho más difíciles de construir que otras. Por ello conviene detenerse a comprender las implicaciones de las distintas tipologías de apego.

4. Vínculos afectivos: tipología y evolución

El psiquismo se construye de modo relacional y afectivo. La base desde la que se construye el desarrollo afectivo son los vínculos afectivos, que como ya se ha descrito se construyen narrativamente partiendo de las experiencias de apego en la primera infancia.

Pero ¿qué es un vínculo afectivo? Un vínculo afectivo es una relación caracterizada por la implicación emocional, el compromiso en un proyecto de vida con continuidad, la permanencia en el tiempo y la unicidad de la relación. **Las figuras vinculares son personas que han constituido relaciones con la persona en las que han invertido sus propias emociones, que han cultivado durante tiempo y con la que se han comprometido, generando un proyecto común de relación.** Este proceso los ha convertido en personas únicas e insustituibles, en referentes de desarrollo para esa persona. Cada relación es diferente, con cada persona construyen un mundo de significados distinto. Pero todas ellas, todas las figuras vinculares, dejan huella en forma de modelo interiorizado vincular. Estos modelos afectivos determinan la forma de estar en el mundo de la persona, su forma de actuar y sus expectativas.

Un **modelo vincular seguro** es un modelo interno de relación que brinda a la persona una experiencia de seguridad que le lleva a sentirse valioso, sentir que tiene un lugar propio en el mundo y anticipar experiencias positivas a la hora de vincularse con otras personas. Desde ahí **les permite ser flexibles, conectar emocionalmente con otras personas y comprender sus propias vivencias emocionales y desde ellas actuar de forma coherente e integrada. Los hace más fuertes afectivamente, se sienten a salvo y desde esa sensación se lanzan al mundo.**

La imagen que puede reflejar este modelo son los motores de un cohete. Son los que le brindan la potencia para volar y cuando llega el momento se desprenden de él para dejarle hacerlo. Los modelos vinculares seguros permiten a las personas volar, hacerse autónomos. Y un aspecto clave a recordar en este punto es que construir un modelo vincular seguro o autónomo no significa que esas personas tuvieran necesariamente "infancias felices", sino que sus figuras de apego fueron capaces de brindarles esa seguridad emocional, fueran las circunstancias que fueran las que estuvieran viviendo. De ese modo, la persona desarrolla un relato integrado y coherente, que se ha llamado modelo vincular autónomo.

Cuando se mide el apego en adolescentes o en adultos, los sujetos con un modelo vincular autónomo suelen manifestar recuerdos coherentes y verosímiles de sus figuras vinculares, que no tienen por qué ser buenos pero sí tener sentido y consistencia. Son personas que valoran la

La integración y la auto regulación emocional son aspectos clave del desarrollo afectivo que vienen determinados por los modelos vinculares

importancia de las relaciones con sus padres y tienen cierto grado de conciencia sobre cómo estas relaciones han podido afectarles.

Pero existen otros modelos vinculares, calificados como inseguros, porque incrementan la vulnerabilidad de la persona. Al no brindar esa seguridad, hace que la integración emocional de la persona sea más frágil y se desequilibre en diferentes sentidos. Dentro de los vínculos inseguros, existen tres tipos:

a) El **apego ambivalente**, en el que se mezclan las conductas de rechazo con las de dependencia. Es un modelo centrado en la vivencia afectiva. Son personas que vivieron emociones desbordantes de las figuras parentales que no pudieron comprender ni integrar y que además a menudo eran ambivalentes. Para obtener su atención y romper esa vivencia auto referencial de las figuras parentales, aprendieron a emitir señales más llamativas o disfuncionales, a corroborar permanentemente el afecto y una forma poco adaptativa de exteriorizar las necesidades. Esta relación vincular ambivalente se interiorizará por parte de las personas que lo viven en forma de modelo vincular dependiente, donde habrá una dependencia afectiva y emocional de las figuras vinculares y un nivel de ansiedad muy alto, especialmente ante situaciones de estrés. Todos ellos son factores que dificultarán el desarrollo cognitivo y social de la persona.

Las y los adolescentes que presentan un **modelo vincular inseguro ambivalente/preocupado** se muestran inseguros y celosos en sus relaciones afectivas, y en su relato tienden a describir a sus padres o cuidadores con una falta considerable de equilibrio, de forma que pueden ser muy prolijos y detallados con sucesos pequeños y aparentemente intrascendentes. Su historia sigue afectándoles emocionalmente al narrarla, mostrándose nerviosos pero también a la vez esquivos en los datos importantes.

b) El **apego evitativo**, en el que no ha habido una atención continuada a las necesidades del niño o ésta se ha dado sin ajuste emocional a sus necesidades, sin conexión emocional. Desde esta vivencia, las personas aprenden a no expresar emociones, a funcionar lineal y lógicamente y a buscar la satisfacción de sus necesidades individualmente. Así se generan personas falsamente independientes y que aprenden a interiorizar sus problemas. Esta experiencia de apego evitativo será interiorizada en forma de modelo vincular separado o autosuficiente, donde las personas aparentarán no necesitar a nadie, porque habrán aprendido a anticipar el fracaso en la satisfacción de esa necesidad.

Las y los adolescentes con **modelos vinculares inseguros separados o autosuficientes** suelen evitar el compromiso emocional. En su narración, les resulta muy difícil hablar de estos temas, no dan casi información y restan importancia a las experiencias difíciles que pudieron haberles marcado de niños. También es frecuente que presenten versiones muy idealizadas de sus figuras de apego y/o que quiten importancia a su relación con ellas y que, además, el tono emocional de su relato sea muy frío.

c) El **apego desorganizado** es la tipología que más claramente se ha relacionado en los estudios con la patología psíquica y con el maltrato. En esta experiencia el niño siente miedo hacia la figura de apego, su necesidad de acercarse a él o ella es tan fuerte como la de defenderse, y ello le lleva a dividirse por dentro, a fragmentarse. A eso lo llamamos disociación. Crea conductas caóticas, que no siguen un patrón regular que permita a las personas implicadas en la relación establecer y anticipar la conducta del otro, de forma que se genera una ansiedad permanente y conductas fuera de lo normal. Esta experiencia vincular generará un **modelo vincular desorientado o fragmentado** con experiencias de disociación, es decir, impedirá la construcción de un modelo afectivo interiorizado estable, y las personas tendrán dificultades a la hora de establecer afectividad e intimidad con otras personas.

5. Algunas claves para los adultos que conviven con adolescentes

Para finalizar, conviene exponer algunas claves que pueden ayudar a los adultos a favorecer el tránsito por la adolescencia de los chicos y chicas que están bajo su cuidado.

LA PRESENCIA. La separación de las figuras vinculares, especialmente de las parentales, se logra cuestionándoles, magnificando las diferencias y rompiendo espacios que hasta entonces eran la base de la convivencia familiar. En ese momento, muchos adultos tienden a sentirse agredidos por ese rechazo y a dar un paso a atrás. **La primera clave y en ocasiones la más difícil incluso, es permanecer.** Estar ahí. No alejarse, seguir siendo el referente afectivo que se fue hasta entonces aunque eso suponga ser cuestionado y esforzarse por mantener espacios de convivencia.

LA PALABRA. En esos espacios de convivencia, **la labor clave del adulto ha de ser ayudar al adolescente a construir su propia narración, a poner palabras a sus vivencias. Pero cuidado, las palabras deben ser las del propio adolescente, no las del adulto.** La narración debe construirla en la medida de lo posible por el adolescente. De ese modo, la clave es la escucha, crear esos espacios de reflexión, proporcionar datos con una mirada positiva, no desde el miedo, la prohibición o la pelea. Pero es importante que el adolescente hable de sí mismo.

LA INTEGRACIÓN. La intuición, construida desde la inteligencia somato sensorial, es una de las claves para que el adolescente rompa su análisis hiper racionalizador de los acontecimientos. Debe aprender a escucharla, fiarse de ella y utilizarla como criterio de protección. La intuición anida en el cuerpo, se construye desde el cerebro reptiliano, las esferas primeras de desarrollo cerebral. Es la base de la supervivencia. Además de que es una de las claves que convierte a cada persona en única.

El adolescente debe lograr integrar los tres niveles de inteligencia, la inteligencia somato sensorial, la inteligencia emocional y la inteligencia analítico sintética, y el funcionamiento de los dos hemisferios cerebrales, el izquierdo centrado en la lógica, el lenguaje y el derecho más centrado en las sensaciones corporales y emocionales. El adulto que acompaña a un adolescente debe favorecer esa integración e incluir las actividades corporales y físicas en la relación, fomentando que pueda poner consciencia en la vivencia, la emoción y el cuerpo y narrarla. Desde ahí surgirá la auto protección y la auto regulación emocional.

LA TERNURA: **El paso de la hetero regulación emocional a la auto regulación emocional se culmina en la adolescencia.** A nivel de funcionamiento cerebral, se acabará de cerrar la corteza prefrontal que nos permite controlar cognitivamente las emociones y modularlas, y poco a poco, irá disminuyendo la segregación de dopamina y otras hormonas, de forma que las vivencias ya no serán tan pasionales y radicales, y adquirirán matices, de forma que la persona puede autoregularse emocionalmente (Siegel, 2014). Pero incluso de adultos, en situaciones de crisis y de angustia sobre todo, necesitaremos cerca figuras vinculares que nos ayuden a heteroregular. Por tanto, la clave para quienes acompañan a un adolescente debe ser siempre mantener la expresión de los afectos, el ajuste emocional a las necesidades del chico o la chica, y fomentar como hasta entonces su capacidad de empatizar con el sufrimiento ajeno, que en este momento del desarrollo puede ser más alto que nunca.

LA RISA. La alegría es una de las emociones básicas del ser humano que hay que educar y promover de una forma consciente. Los y las adolescentes han de aprender a elegir la alegría como actitud vital, el optimismo frente a una visión apasionada pero destructiva de la vida, a quedarse con el vaso medio lleno. **La risa es una de las claves de la intimidad en una relación y se favorece en contextos grupales en los que las y los adolescentes participan.** Además, hay que tener

Algunas claves para el acompañamiento emocional al adolescente son: la presencia, la palabra, la integración, la ternura, la risa, la norma y afrontar la intemperie y la responsabilidad

presente que la persona siempre reacciona mejor ante motivaciones positivas que ante castigos, prohibiciones o miedo. Estos paralizan pero no modifican conductas. En la adolescencia éste es un factor clave. Si no se encuentran caminos, acciones, ámbitos o actividades que motiven al chico o a la chica, la posibilidad de que se incline hacia actividades destructivas es muy alta.

En este sentido, conviene recuperar los tres elementos de la vida plena que define Seligman: una **vida placentera donde se cultiven las emociones positivas y el placer, corporal y espiritual, una vida que fluya donde las cosas se enlacen en un proyecto de vida propio que surja de modo natural y una vida significativa, con un sentido trascendente**. No debemos olvidar que la persona pone en marcha sus mecanismos de trascendencia siempre por motivaciones trascendentes, que tienen que ver no sólo consigo mismo, sino con los otros, entre los que se incluyen sus figuras vinculares de nuevo. Pero la capacidad de reconstruirse frente a la adversidad tiene que tener un significado, un motivo para emprender ese proceso y ha de ser un motivo que tenga sentido, que trascienda a la persona y su propia supervivencia.

LA NORMA. Acompañar a un adolescente, estar presente en su vida, sobre todo cuando se trata de figuras educativas, sean en las familias o en la escuela, no es transformar la relación en un intento de convertirse en un amigo, en un igual. Los y las adolescentes necesitan preservar su seguridad, su núcleo relacional, en el que las figuras parentales no abandonen su función normativa, que es parte ineludible de la educación, por miedo a la ruptura del vínculo. **Las normas han de ser el reflejo de la coherencia y la fiabilidad de los adultos para brindar seguridad al adolescente**. En la medida que sean congruentes, se mantengan en el tiempo, el adolescente siente que los referentes afectivos, morales y sociales siguen siendo claros. La autoregulación no se logra en la rigidez, pero tampoco en el caos. Es necesario que las figuras parentales sigan siendo un referente de seguridad y de cercanía.

LA INTEMPERIE Y LA RESPONSABILIDAD. Hay una última clave que tiene que ver con la existencia en sí misma. Los y las adolescentes en su camino hacia la adultez van a tener que afrontar los dos elementos básicos de la existencia:

- ✦ La **intemperie**, que tiene que ver con la propia fragilidad. No sólo ante el dolor, sino también ante el gozo y la dicha. Algunas de las cosas más importantes de la vida ocurren sin que podamos definirlas: la familia en la que se nace, las enfermedades, la muerte. Pero también que otra persona nos ame, el gozo, el tiempo... El ser humano es valioso y frágil, y convivir con esa fragilidad sin negarla ni esconderse ni vivir desde el miedo es una de las claves de la vida.
- ✦ La **responsabilidad**, tiene que ver con cómo afrontamos aquello que nos llega, cómo elaboramos las vivencias, cómo nos posicionamos ante ellas. No elegimos muchas cosas que ocurren, pero sí se puede elegir la actitud ante ellas y desde ahí convertirlas en elementos de vida o de muerte, de alegría o de tristeza. Las y los adolescentes pasarán de ser niños y niñas protegidos que crecen recibiendo mucho más que dando a ser personas que han de aprender a hacerse responsables de sus vidas, sus vínculos y sus decisiones. También es una tentación constante esconderse de esa responsabilidad, dejarla en otros, comprar respuestas prefabricadas a las preguntas sin respuesta o sencillamente huir.

Las figuras vinculares deben equilibrar ambos elementos. La sobreprotección daña a las y los adolescentes porque les impide afrontar la intemperie y desde ahí tener herramientas para defenderse en ella. Del mismo modo, promover que los y las adolescentes de forma gradual asuman responsabilidades es un elemento clave del proceso educativo. **Acompañarles sí, infantilizarles no.**

Y en este camino, de nuevo la cercanía, la **hetero regulación emocional**, porque la intemperie da miedo. A todas las personas, tanto más a las y los adolescentes que viven desde la intensidad emocional. Las figuras vinculares no deben negarla, ni disimularla. Deben ser referentes afectivos que legitimen la duda y la incertidumbre como una vivencia cierta y ayuden a que puedan ver el arco iris que se esconde entre el blanco y el negro.

Bibliografía

1. BOWLBY, J. *Apego y pérdida*. Ed. Paidós, 1998
2. BROMFEMBRENER, U. y R. MYERS *The Twelve Who Survive: Strengthening Programmes of Early Childhood Development in the Third World*. Ed. Routledge, 1992
3. CYRULNIK, C. *Los patitos feos*. Ed. Gedisa, 2000.
4. HORNO, P. *Educando el afecto*. Ed. Grao, 2004.
5. HORNO, P. *Un mapa del mundo afectivo: el viaje de la violencia al buen trato*. De Boira 2012.
6. LÓPEZ, F. (coord) *Desarrollo afectivo y social*. Ed. Martínez Roca, 2000.
7. MAIN, M. *The Organized Categories of Infant, Child, and Adult Attachment: Flexible vs. Inflexible Attention Under Attachment-Related Stress*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2000, 48:1055-1095.
8. McADAMS, D. P. *Personal narratives and the life story in John, O., Robins, R., & Pervin, L. A., Handbook of personality: Theory and research: 2008*, 241-261.
9. SELIGMAN, M. *La auténtica felicidad de Byblos*, Barcelona 2002.
10. SIEGEL, D. *El cerebro del niño* Ed. Alba 2011.
11. SIEGEL, D. *Tormenta cerebral: el poder y el propósito del cerebro adolescente* Ed. Alba 2014.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Respecto a la adolescencia, señale la falsa:

- a. Es un periodo clave en el desarrollo del individuo.
- b. Supone una individuación de la persona en todos los sentidos: desde su separación de sus figuras parentales, hasta una criba en todas las conexiones neuronales activadas en la infancia.
- c. Es la entrada al ser "individuo".
- d. Se asienta y se desarrolla a través del fortalecimiento de las redes relacionales.
- e. Todas son ciertas.

2. Al final de la adolescencia queda asentado todo lo siguiente menos:

- a. Unas habilidades y destrezas básicas para su desarrollo académico y laboral.
- b. Un criterio moral autónomo.
- c. El criterio moral autónomo se logra en la adolescencia inicial.
- d. Una forma de pensar y procesar individual.
- e. Capacidad de modular cognitivamente las emociones y la impulsividad.

3. Sobre el apego, señale la falsa:

- a. El apego es una necesidad de supervivencia del bebé.
- b. Una necesidad universal y primaria.
- c. Los vínculos que establecemos más adelante son relaciones complejas que tienen que ver exclusivamente con esas experiencias de apego primarias.
- d. Los vínculos que establecemos más adelante son relaciones complejas que tienen que ver con esas experiencias de apego primarias, pero no se limitan a ellas.
- e. Las figuras que asumen la crianza, les proporcionan modelos cognitivos de referencia sobre sí mismos y sobre los demás.

4. Respecto a la construcción de los modelos vinculares:

- a. Es narrativa. Se construyen sobre el relato que la persona se cuenta a sí misma de su propia historia, de sus experiencias de apego y vínculos posteriores.
- b. No es sobre los hechos en sí mismos.
- c. Una persona puede haber tenido experiencias en su infancia dolorosas o dañinas y construir un modelo afectivo seguro y al contrario.

Temas de revisión

Apego y adolescencia: Narrándose en el espejo de los otros

- d. El relato que nos construimos es único. Y este relato se puede también modificar durante toda la vida en positivo o negativo.
- e. Todas son ciertas.

5. De las siguientes afirmaciones, señale la falsa:

- a. Un modelo vincular seguro hace más fuertes afectivamente a las personas, se sienten a salvo y desde esa sensación se lanzan al mundo.
- b. El apego ambivalente es el que más claramente se ha relacionado en los estudios con la patología psíquica y con el maltrato.
- c. El apego ambivalente, en el que se mezclan las conductas de rechazo con las de dependencia, dificultará el desarrollo cognitivo y social de la persona.
- d. El apego evitativo, es el que no ha tenido una atención continuada a las necesidades del niño o ésta se ha dado sin conexión emocional a sus necesidades.
- e. El apego desorganizado es la tipología que más claramente se ha relacionado en los estudios con la patología psíquica y con el maltrato.

Respuestas en la página 67

Protocolo del acné

T. Pozo Román

Dermatólogo. Jefe Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Pío del Río-Hortega.

Fecha de recepción: 15 de septiembre 2014

Fecha de publicación: 10 de octubre 2014

Adolescere 2014; II (3): 30-36

Concepto

El acné es la enfermedad dermatológica más frecuente en la adolescencia, con una prevalencia del 70-87% aunque puede ocurrir antes y después de la misma. La enfermedad persiste generalmente hasta los 20 años o más y puede tener una repercusión emocional importante y por tanto una alteración de la calidad de vida comparable a la experimentada en enfermedades crónicas como la diabetes o la epilepsia.

No es raro que, en niños entre 7 y 12 años, como resultado de la adrenarquia testicular normal / maduración ovárica, pueda aparecer acné (hasta un 78% entre los 9 y los 10 años). El acné puede ser el primer signo de la maduración puberal.

En niños menores de 7 años también pueden aparecer lesiones de acné de forma excepcional (comedones y lesiones inflamatorias, ocasionalmente nodulares) y generalmente autolimitadas. En ellos hay que evaluar otros signos de virilización y / o crecimiento sexuales que pueden indicar una anomalía sistémica subyacente (enfermedades endocrinológicas, tumores, gonadal / patología ovárica) y en ese caso la derivación a un endocrinólogo pediátrico puede estar justificada.

Diagnóstico y valoración de la gravedad

El diagnóstico del acné en la adolescencia en general es fácil, las lesiones presentes son comedones abiertos o cerrados, pápulas, pústulas, nódulos y en los casos más severos abscesos y fistulas localizados en la cara (99%), espalda (60%) y pecho (15%). Suele acompañarse de seborrea.

Aunque hay numerosos sistemas de gradación de la severidad del acné, no hay ninguno estándar y su utilidad es sobre todo para la realización de estudios. Para propósitos clínicos vamos a utilizar la clasificación recomendada por la Guía Europea basada en la Evidencia (2012) (TABLA 1)

A la hora de valorar la gravedad de un acné es preciso tener en cuenta, además del tipo y número de las lesiones:

- Antecedentes familiares de acné severo
- Respuesta previa a los tratamientos efectuados
- El impacto psico-social del acné
- La probabilidad de cicatrices

Tratamiento

Los fármacos utilizados son (TABLA 2):

Fármacos OTC (“over-the-counter”). Son tratamientos tópicos, ampliamente publicitados en revistas y televisión, que en su mayoría no han sido probados, a pesar de lo cual pueden ser útiles en acnés leves. Los que han sido probados son el ácido salicílico y el peróxido de benzoilo (PB).

Ácido salicílico. Presenta alguna eficacia pero mucho menor que PB.

Peróxido de benzoilo (2,5-10%). Es uno de los más versátiles, seguros, baratos y eficaces tratamientos para el acné. Es útil en monoterapia o en asociación, especialmente con antibióticos tópicos minimizando el desarrollo de resistencia a antibióticos. Se aplica una vez al día.

- Frecuentemente causa sequedad, eritema y peladura al iniciar el tto que mejoran utilizando inicialmente concentraciones bajas (2,5%) y asociando emolientes.
- Puede causar blanqueamiento del pelo y de la ropa.
- Puede producir dermatitis alérgica de contacto en 1 de cada 500 pacientes.

Fármacos tópicos con prescripción médica:

Retinoides tópicos (tretinoína, isotretinoína, adapaleno y tazaroteno) pueden utilizarse como monoterapia o en combinación con PB, o antibióticos en todos los tipos y niveles de gravedad del acné y en todas las edades (aunque en menores de 8-10 años su uso no figura en la ficha técnica). Se aplican una vez al día.

- Pueden producir ardor, sequedad y descamación que se reducen utilizando de inicio la concentración más baja posible, o espaciando el tratamiento (cada 2 días) y usando emolientes de forma habitual.
- El tazaroteno es eficaz, pero se usa con menos frecuencia porque es más irritante.
- Adapaleno presenta el mejor perfil de seguridad y tolerancia seguido por isotretinoína y después tretinoína, además es fotoestable, incluso en combinación fija con PB.
- Tretinoína y adapaleno tienen categoría C en el embarazo.

Antibióticos tópicos. Clindamicina, eritromicina y tetraciclina, aunque esta última está en desuso porque tiñe la piel. Eritromicina es la que presenta una tasa más elevada de resistencias del P. acnes. Se aplican 2 veces al día.

- Los antibióticos tópicos no deben recomendarse en monoterapia por su lento inicio de acción y la casi segura aparición de resistencias.

Ácido azelaico al 20%. Actúa tanto sobre lesiones inflamatorias como sobre no inflamatorias con una eficacia comparable a tretinoína 0.05%, PB 5%, y eritromicina tópica al 2%. Se aplica 1-2 veces al día.

- No es irritante, ni teratogeno, ni se asocia con reacciones fotodinámicas.
- No induce resistencias en el P. acnes.

Tratamientos combinados a dosis fijas. En los últimos años han salido al mercado numerosas combinaciones de estos fármacos: PB/clindamicina, PB/adapaleno, PB/eritromicina, isotretinoína/eritromicina y tretinoína/clindamicina. Se aplican una vez al día, lo que puede facilitar la adherencia.

En general son más caras que los mismos productos prescritos separadamente y las pautas de tratamiento menos flexibles, lo que a su vez dificulta la adherencia.

Fármacos sistémicos (con prescripción médica)

Antibióticos orales. Minociclina y doxiciclina son los de elección. No está claro cual de ellos tiene el mejor perfil de seguridad y tolerancia. La dosis es de 1 comprimido al día que es preferible ingerir en ayunas, al menos durante 4-8 semanas (aunque la respuesta máxima se alcanza después de 3-6 meses). Al igual que los antibióticos tópicos no deben administrarse en monoterapia.

- Fotosensibilidad (fotoxicidad) y "esofagitis por píldora" son más comunes con doxiciclina oral. El primero puede ser eludido con fotoprotección adecuada, y el segundo ingiriéndola con un vaso grande de agua y manteniendo una posición vertical al menos 1 hora después de la ingestión. También es útil el uso de preparados con cubierta entérica.
- La hipertensión intracraneal benigna o pseudotumor cerebral (dolor de cabeza, alteraciones visuales, a veces náuseas o vómitos), también se ha asociado con el uso de tetraciclina, doxiciclina o minociclina.
- Con Minociclina se han descrito también:
 - Hiperpigmentación que parece que se correlaciona con la dosis acumulada a lo largo del tiempo.
 - Vértigo y mareo en los primeros días, en relación con el peso del paciente. Cede al suspender el tratamiento.
- En pacientes por debajo de 8 años o con alergia a tetraciclinas, eritromicina, azitromicina y trimetoprim sulfametoxazol, son las alternativas.

Isotretinoína oral (de uso exclusivo por dermatólogos). Se recomienda una dosis de inicio de 0,5 mg/kg/día las primeras 4-5 semanas incrementándose después la dosis si es posible hasta 1 mg/kg y día. Puede usarse en pacientes preadolescentes.

- El efecto adverso más importante es su potencial teratogénico.
- La posible elevación de transaminasas y de colesterol y triglicéridos obliga a controles analíticos antes y durante el tratamiento.
- Los efectos secundarios más frecuentes son la sequedad de piel y mucosas, la fotosensibilidad y mialgias que son reversibles después de terminado el tratamiento. El sangrado nasal por sequedad también es frecuente, sobre todo en las primeras semanas.

- Otros 3 grupos de efectos adversos importantes, controvertidos y especialmente relevantes en niños son:
 - Los efectos óseos que se han descrito con los retinoides (desmineralización, hiperóstosis, cierre prematuro de las epífisis), que no parecen ser un problema en el tratamiento del acné.
 - La asociación con enfermedad inflamatoria intestinal (en particular con la colitis ulcerosa), parece ser un fenómeno idiosincrásico, que afecta sólo a un pequeño grupo de pacientes.
 - Las alteraciones del estado de ánimo, depresión e ideas suicidas asociadas con isotretinoína son según la evidencia disponible anecdóticas. Estadísticamente los pacientes con acné más severo tienen más probabilidades de tener una alteración mental e incluso ideas suicidas. Sin embargo algunos estudios indican que cuando el acné mejora, lo hace también la calidad de vida y los síntomas depresivos y las ideas suicidas disminuyen.

La terapia hormonal (con anticonceptivos orales combinados, en España fundamentalmente etinilestradiol y acetato de ciproterona). Puede ser útil como 2ª opción en mujeres, pero muchos expertos recomiendan no iniciarlos hasta un año después de la menarquia, para permitir el desarrollo de tanta densidad mineral ósea como sea posible.

- El riesgo de tromboembolismo es bajo en la adolescencia, y los efectos adversos más comunes son: náuseas, vómitos, sensibilidad en los senos, dolor de cabeza, aumento de peso y sangrado.

Las pautas recomendadas son las descritas en la TABLA 3

Otras consideraciones

La adherencia es el término moderno para describir el grado de cumplimiento de las indicaciones dadas y la relación médico-paciente, que en esta enfermedad y con estos pacientes es fundamental para obtener éxito, por lo que debe ser revisada en cada visita (inicialmente cada 4-6 semanas), particularmente si la respuesta es menor de lo esperado. La adherencia está en función de la eficacia y comodidad del tratamiento, así como de la capacidad del médico para entenderse con el paciente y los padres.

- *En relación con el tratamiento propiamente dicho* hay que tener en cuenta:
 - Los tratamientos deben ser lo más sencillos posibles, para minimizar el riesgo de error.
 - Se deben utilizar los medicamentos cuyos vehículos mejoren la tolerancia y la comodidad de aplicación.
 - Puede ser necesario adaptar la prescripción a las posibilidades económicas de los pacientes.
 - El impacto psico-social del acné puede ser significativo incluso sin una correlación clara con la severidad de la enfermedad cutánea y sin que el paciente lo admita.
- *Es importante aclarar* las dudas que pueda haber y generalmente calmar las expectativas de los pacientes, lo que al menos inicialmente, conlleva visitas más prolongadas y frecuentes. Los aspectos más habitualmente consultados son los relacionados con la higiene personal, la dieta y el uso de cosméticos.

- Muchos adolescentes creen que el acné está relacionado con la higiene facial lo que les lleva a tratarse con sustancias astringentes potentes, sustancias abrasivas o aplicarse cepillados vigorosos. Es importante que entiendan que esas actuaciones pueden incluso empeorar el acné, aumentando la inflamación y el riesgo de cicatrices.
- Ningún lavado antibacteriano, con la excepción del PB se ha demostrado útil en el acné.
- Muchos médicos prefieren recomendar ellos mismos un régimen de cuidado diario de la piel, que incluye una crema hidratante y un fotoprotector.
- Actualmente no es posible hacer ninguna recomendación clara en relación con la dieta. Sólo parece haber algunos datos respecto a la institución de una dieta hipoglucémica en casos muy individualizados.
- Los cosméticos en general no empeoran el acné, por el contrario el uso de maquillajes no comedogénicos, "oil-free" pueden mejorar el aspecto y la calidad de vida de los pacientes.
- Los tónicos faciales pueden disminuir la grasa de la piel, pero no deben sobreusarse porque pueden ser irritantes y ello afectaría negativamente a la tolerancia a los tratamientos tópicos del acné.
- La extracción de comedones (abiertos), cuando se hace con delicadeza puede ser útil para conseguir una mejoría rápida.
- Otro aspecto del tratamiento que los pacientes no suelen preguntar pero que también es importante aclarar es la necesidad del mantenimiento del tratamiento durante meses o años (según la edad y virulencia de la enfermedad) una vez pasada la fase de brote, para reducir la frecuencia e intensidad de los nuevos brotes. El acné se puede considerar una enfermedad crónica, ya que a pesar de los tratamientos, los pacientes siguen teniendo lesiones hasta los 20 años o más.

Bibliografía

1. Eichenfield et al. Evidence-Based Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Pediatric Acne. *PEDIATRICS* (2013) vol. 131 (Supplement) pp. S163-S186
2. Ibero-Latinoamericano. acné - algoritmo terapéutico 2014. *Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología* (2014) pp. 1
3. Nast et al. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV* (2012) vol. 26 Suppl 1 pp. 1-29

Tablas

Tabla 1.
Clasificación del acné

Acné comedoniano (no inflamatorio)
Comedones abiertos y/o cerrados No hay lesiones inflamatorias Al principio de la enfermedad (los primeros meses o años)
Acné pápulo-pustuloso leve-moderado (inflamatorio)
Pápulas y pústulas de <5mm de diámetro, mezcladas con numerosos comedones
Acné pápulo-pustuloso severo, nodular moderado (inflamatorio)
Pápulas, pústulas y nódulos Persisten comedones y empieza a haber cicatrices
Acné nodular severo /conglobata
Nódulos de 10 mm o más de diámetro, dolorosos Abscesos y fístulas Cicatrices y quistes epidérmicos Además de comedones y lesiones inflamatorias más superficiales

Tabla 2.
Fármacos usados en el acné

TÓPICOS
<ul style="list-style-type: none">— OTC (“over-the-counter”)....Ampliamente publicitados en revistas y televisión, la mayoría de estos productos no han sido probados, a pesar de lo cual pueden ser útiles en acnés leves. Los que han sido probados son el ácido salicílico y el peróxido de benzoilo— Con prescripción médica: retinoides, ac. azelaico y antibióticos
SISTÉMICOS (con prescripción médica):
<ul style="list-style-type: none">— Antibióticos, isotretinoína, etinilestradiol / acetato de ciproterona

Tabla 3.
Tratamiento del acné

Acné comedoniano (no inflamatorio)
Un retinoide o la combinaciones de retinoide y PB + emolientes <i>Opción: PB o ac. azelaico</i>
Acné pápulopustuloso leve-moderado (inflamatorio)
PB o retinoide de forma aislada o retinoide + PB o antibiótico tópico (clindamicina) + PB + emolientes <i>Opción: ácido azelaico</i> Si no es suficiente, añadir un ciclo de antibióticos orales de 4-8 semanas Una vez que la formación de lesiones inflamatorias disminuye claramente, se puede suspender el antibiótico oral
Acné pápulopustuloso severo, nodular moderado (inflamatorio)
Antibiótico oral + retinoide + PB + emolientes <i>Opción: cambiar el antibiótico o en mujeres considerar el tratamiento hormonal.</i> <i>Opción: isotretinoína</i>
Acné nodular severo /conglobata
isotretinoína oral + emolientes <i>Opción: antibióticos orales + ac. azelaico.</i>
Mantenimiento
Retinoides + emolientes <i>Opción: ac. azelaico.</i>
El algoritmo para el tratamiento del acné en pacientes preadolescentes es esencialmente el mismo, aunque no hay estudios que lo avalen, sólo la opinión de los expertos. Las tetraciclinas no se pueden usar en menores de 8 años.

Trastorno menstrual

Dra. G. Perkal Rug

Hospital Santa Caterina. I.A.S. Salt. Girona. Servicio de Pediatría. Consulta de Adolescentes.

Fecha de recepción: 31 de agosto 2014

Fecha de publicación: 10 de octubre 2014

Adolescere 2014; II (3): 37-41

Motivo de consulta

Paciente de 11 años y 10 meses que es remitida a la consulta de Adolescentes por su pediatra por presentar poli e hipermenorrea de un año de evolución.

Anamnesis

Enfermedad actual

Desde la menarquia presenta menstruaciones abundantes, que duran hasta 4 semanas; sólo está 3-4 días sin pérdidas. No presenta dismenorrea. Refiere astenia y mareos ocasionales sin haber interrumpido sus actividades diarias.

Su médico de cabecera le solicitó una analítica a los 8 meses post- menarquia que fue normal.

Valorada por la comadrona del ambulatorio, se le indicó tratamiento con un derivado ergotámico sin mejoría. Posteriormente fue visitada por Ginecología, realizándose una ecografía ginecológica transabdominal que fue normal.

Antecedentes personales

Antecedentes Patológicos: sin interés.

Calendario vacunal: al día, incluyendo la vacuna VPH.

Menarquia: 10 años y 9 meses.

Hábitos

- Alimentación: variada, en cantidad normal.
- Catarsis: normal.
- Sueño: en calidad y duración normales.
- Tóxicos: no.

Escolarización: 6º curso de EGB con muy buen rendimiento académico. *Actividad extraescolar:* Basket, 3 días /semana y Funky 2 días/semana.

Antecedentes familiares

Madre: menarquia 12 años. Ritmo regular. Padre: hipertensión arterial controlada con antihipertensivos. Abuelo paterno: diabetes tipo 2.

Exploración física

Peso: 42,800 Kg. Talla: 154,5 cm, IMC: 17.9, TA: 110/73, FC: 73xm.

Buen estado general. Palidez cutaneomucosa. Relleno capilar < 2 seg. Sin lesiones cutáneas. Sin signos de focalidad neurológica. Exploración por aparatos normal. Estadio de Tanner: S 4/P 4.

Pruebas complementarias

Laboratorio

8 meses post-menarquia

Hematología: eritrocitos: 4,91 M/mcl; HGB: 13.4 g/dL; HCT: 41 %; VCM: 82.6; HCM:27; C.H.C.M.: 33; A.D.E.: 13.1%;PLT: 285 K/mcl; Leucocitos:5.700 (N 57.4; L 31.6; M 7.9;E 2.5;B 0.6). Hierro: 62 mcg/dL; Ferritina:20 ng/mL.TSH: 3 mUI/L (0,27-4.2).

12 meses post-menarquia

Hematología: eritrocitos: 4.29 M/mcl; **HGB: 9.9 g/dL; HCT: 31 %;VCM: 73.1; HCM: 23**; C.H.C.M.: 32;A.D.E.:14.4.Plaquetas: 338 K/mcl; Leucocitos: 4.9 K/mcl (N 2.6; L 1.7; M 0.4; E 0.2;B 0.0).

Tasa de Protrombina: 88%.TTPA: 30.1 seg. Tiempo de cefalina(ratio): 1.0.Fibrinógeno:262 mg/dL.

Dímero D cuantitativo: negativo. Factor VIII: 119% (50-150).F. Von Willebrand: 76% (70-150).

Anticoagulante lúpico: negativo.

Bioquímica: glucosa,urea y creatinina normales. Ionograma normal. Transaminasas normales.

Hierro: 16 mcg/dL. Ferritina: 4 ng/mL.Transferrina: 357 mg/dL.

Perfil hormonal: TSH: 2.30 mUI/L. FSH: 5.63 mUI/mL.**LH: 14.65 mUI/mL.**17-beta-estradiol: 26.81 pg/mL.Progesterona: 0.249 ng/ml. Prolactina: 15.42 ng/mL (4.79-23.3).

Test de embarazo: negativo.

ECOGRAFÍA ABDOMINOPELVIANA: normal.

Diagnóstico

Hemorragia disfuncional severa sin inestabilidad hemodinámica. Anemia sideropénica secundaria.

Tratamiento

- *Anovulatorio oral combinado*: Etinilestradiol, 30 mcg /Levonorgestrel,150 mcg, 1 comp. cada 8hs hasta la interrupción de la hemorragia y continuar luego con la pauta habitual durante 2 meses.
- *Proteinsuccinato de hierro*,2mg/K/día durante 2 meses; 1mg/K /día 1 mes más.

Evolución clínica

La evolución fue satisfactoria, con remisión de la hemorragia luego de la primera semana de tratamiento. Los controles clínico y analítico al 1º y 2º meses fueron normales. A los 6 meses presentaba ciclos menstruales regulares y en cantidad normal.

Discusión

Esta forma de presentación de la hemorragia disfuncional, **desde la menarquia**, no es la más habitual y nos obliga a realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de metrorragia: *coagulopatías, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, embarazo ectópico, malformaciones arterio-venosas uterinas, medicamentos (AAS), sarcomas vaginales, pacientes oncológicas en tratamiento con quimioterapia, radioterapia o trasplantadas de médula ósea*.

Es una hemorragia severa porque dura más de 3 semanas, los intervalos entre cada ciclo son menores de 3 semanas y la hemoglobina es menor de 10 mg/dL.

Los niveles elevados de LH nos indican que el ciclo es anovulatorio: no se forma el cuerpo lúteo y no hay síntesis suficiente de progesterona para realizar el feed back negativo en la liberación de LH. En la elección del tratamiento es fundamental tener en cuenta la duración de la hemorragia, el grado de anemia, el estado general de la paciente y su compensación hemodinámica.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. La causa más frecuente de metrorragia en las adolescentes es:**
 - a. El embarazo ectópico
 - b. La enfermedad inflamatoria pélvica
 - c. La inmadurez del eje hipotálamo- hipofiso- gonadal
 - d. Las coagulopatías
 - e. c y d son correctas

- 2. Cuándo no hay que solicitar un perfil hormonal y un estudio de coagulación:**
 - a. En la metrorragia leve con HGB > 12 mg/dL o entre 10-12 mg/dL
 - b. En la metrorragia moderada sin compromiso hemodinámico que no responde al tratamiento hormonal
 - c. En la metrorragia moderada con compromiso hemodinámico que no responde al tratamiento hormonal
 - d. En la metrorragia moderada sin compromiso hemodinámico que responde al tratamiento hormonal
 - e. a y d son correctas

- 3. En la metrorragia moderada que se produce en los primeros 12 meses desde la menarquia en qué etiología pensaría:**
 - a. Trastorno de la coagulación
 - b. Inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal
 - c. Hipotiroidismo
 - d. Hiperprolactinemia
 - e. Todas son correctas

- 4. Cómo trataría una metrorragia leve con HGB > 12 mg/dL:**
 - a. Hierro, 60 mg/d durante 2 meses + anticoncepción oral combinada durante 6 meses
 - b. Hierro, 60 mg/d durante 2 meses + progestágeno oral o depot durante 6 meses
 - c. Hierro, 60 mg/d durante 2 meses + calendario menstrual y control en 3 meses
 - d. Anticoncepción oral combinada durante 6 meses
 - e. Progestágeno oral o depot durante 6 meses

- 5. Cuáles son los criterios de hospitalización de una metrorragia:**
 - a. Metrorragia severa con HGB < 10 mg/dL sin signos de compromiso hemodinámico
 - b. Metrorragia severa con HGB < 10 mg/dL y signos de compromiso hemodinámico
 - c. Metrorragia severa con HGB < 7 mg/dL sin signos de compromiso hemodinámico
 - d. Metrorragia severa con HGB < 7 mg/dL con signos de compromiso hemodinámico
 - e. b, c y d son correctas

Respuestas en la página 67

Bibliografía

1. M.J.Rodríguez Jimenez, I. Hernandez de la Calle, P. Brañas Fernández. *El ciclo menstrual y sus trastornos (Hemorragia uterina disfuncional, Dismenorrea, Síndrome premenstrual)*. Medicina de la Adolescencia. Atención integral. M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero, G. Castellano Barca. 2ª ed. Madrid. Ergon; 2012. p 507-512
2. Dr. G. Fiszbajn, D. R. Lipowicz. *Alteración del ciclo menstrual. Metrorragia disfuncional. Insuficiencia de fase lútea en madurez sexual. Diagnóstico y Terapéutica en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva*. Dra. I. de la Parra, Dra. M.E. Cortelezzi, Dr. E.P. Lombardi. 3ª ed. Argentina. Journal; 2010. p 369-394
3. Cara E. Williams, Sarah M. Creighton. *Menstrual Disorders in Adolescents: Review of Current Practice*. Horm Res Paediatr 2012; 78:135-143
4. Nirupama K De Silva, MD. *Abnormal uterine bleeding in adolescents: Definition and evaluation*. Up To Date ® 2014
5. Roxanne Nelson. *Teenager Cancer Patients at Risk for Severe Menstrual Bleeding*. Obstet Gynecol. 2014; 124:397-401
6. Corrine K Welt, MD. *Physiology of the normal menstrual cycle*. Up To Date ® 2014

Buenas prácticas en Medicina de la Adolescencia.

La estrategia “para y con los jóvenes” de promoción de la salud mental del adolescente en Atención Primaria

P.J. Ruiz Lázaro

Doctor en Medicina. Especialista en Pediatría y Áreas Específicas. Consulta Joven “Espacio 12-20”. Proyecto de participación comunitaria de adolescentes. (<http://adolescentes.blogia.com>). Centro Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares (Madrid).

Fecha de recepción: 20 de marzo 2014

Fecha de publicación: 10 de octubre 2014

Adolescere 2014; II (3): 42-55

Resumen

En 1998, emprendemos el proyecto “Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes”. Con una metodología activa y participativa pretende dotar de recursos efectivos a los adolescentes para aumentar su resiliencia y capacitarlos para afrontar situaciones de riesgo psicosocial. Para ello, se realizan tanto en el centro de salud como en instituciones de educación secundaria y socioprofesional: talleres de desarrollo personal para adolescentes, talleres para padres sobre pautas preventivas, seminarios formativos para educadores, consulta joven y reuniones de coordinación con padres y otros profesionales de la educación y sociosanitarios.

En 2002, fruto del trabajo en grupo de adolescentes y profesionales, surge el proyecto de participación comunitaria de adolescentes y jóvenes “Aprendiendo entre todos a relacionarse de forma saludable” donde los adolescentes se convierten en agentes de salud (elaborando materiales educativos y audiovisuales destinados a otros jóvenes, organizando actividades de ocio alternativo, mesas redondas para asociaciones de padres de alumnos, espacio radiofónico, web <http://adolescentes.blogia.com>, grupos de autoayuda, encuentros juveniles,...)

En septiembre de 2005, a raíz de los resultados de una investigación acción participativa para evaluar la experiencia comunitaria, se decide potenciar el proceso de empoderamiento para la salud y la creación de una red comunitaria de jóvenes dirigida a la promoción del desarrollo biopsicosocial de la juventud. Ello cristaliza en los proyectos “JAMPA” (2006), “De jóvenes a jóvenes” (2012) y “Creciendo con atención y consciencia plena” (2012).

Durante el año 2007, nuestra estrategia “para y con los jóvenes” es elegida como buena práctica por el Foro HBSC de la OMS.

Palabras clave: empoderamiento para la salud, resiliencia, adolescentes, promoción de la salud mental, atención plena, “mindfulness”.

Abstract

In 1998, we started the project "Promoting the healthy adaptation of our teens." The project, which is based on a methodology of active involvement, aims to provide young people with effective resources for building self-esteem, developing confidence about their abilities and limitations, equipping them with the ability to assert themselves in the face of challenges and offering them training on how to control risk situations in their surrounding environment through critical analysis techniques. To this end, personal development workshops, workshops for parents on preventive guidelines, training seminars for educators, youth consultation and coordination meetings with parents and professionals from the education, social and health care fields are held both at the health care centre and at secondary school and socioprofessional institutions.

In 2002, the working group of adolescents who have been leading figures in the 1998 project and professionals (educators, municipal youth experts, family therapists, social and health care workers) developed into the adolescent and youth community involvement project "Group learning on healthy lifestyles and positive relationships"]. The young people become partners in health. They carried out activities including preparing audiovisuals and educational manuals for other youngsters, organizing alternative leisure-time activities, hosting roundtable discussions for parents' and educators' associations, transmitting a radio broadcast, developing a web site (<http://adolescents.blogia.com>), organizing self-help groups and youth gatherings,...

In September 2005, following the results of a participatory action research to assess the community experience, we decided to enhance the process of empowerment for health and the creation of a community youth network aimed at promoting the biopsychosocial development of youth. It crystallizes in the projects "JAMPA" (2006), "From youth to youth" (2012) and "Growing attention and mindfulness" (2012).

During 2007, our strategy "for and with young people" is chosen as good practice by the WHO HBSC Forum.

Keywords: *health empowerment, resilience, adolescents, promotion of mental health, mindfulness.*

Empoderamiento para la salud de los adolescentes

En el centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares (España), entendemos el empoderamiento para la salud de los adolescentes como el proceso mediante el cual los propios adolescentes adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su bienestar físico, psíquico y social.

Los adolescentes pueden participar en el diseño, prestación y evaluación de los programas de promoción de la salud para que estos satisfagan sus necesidades. La capacitación y participación de los adolescentes como educadores de otros adolescentes facilita que los programas, las actividades, la información y los servicios respondan a las preocupaciones de los adolescentes. Ello sólo es posible si confiamos en ellos y les pedimos ayuda para mejorar nuestros programas y servicios.

Dar la palabra a los adolescentes no significa hacerles encuestas, que van a recoger estereotipos y discursos esperables, sino crear una situación propicia para que se expresen sobre cosas que conocen directamente, que forman parte de su vida y sobre las que todos tienen algo que decir.

Hace falta que los adultos sepan escuchar, intentar comprender y dar valor a las palabras e intenciones de los adolescentes

Para que los adolescentes puedan y deseen expresarse, hace falta que los adultos sepamos escucharles, esto es, no sólo ponerse en disposición de escucha, sino también intentar comprender, dar valor a sus palabras, a sus verdaderas intenciones, recoger el mensaje. Los adolescentes que hablan poco y se expresan mal tienen también cosas importantes que decir y sólo esperan adultos capaces de escucharlos y de comprenderlos. Escuchar significa colocarse de su lado, estar dispuestos a defender sus posiciones y sus requerimientos. Es así como se estimula la participación, la prosocialidad y se integran las personas, se fortalecen las redes solidarias, y los adolescentes adquieren elementos de protección como la resiliencia.

La construcción individual y grupal de la resiliencia

La resiliencia es la capacidad de resistir, demostrar fuerza y no deformarse a pesar de las adversidades. La construcción individual y grupal de la resiliencia es un instrumento básico para hacer frente a las situaciones de riesgo y es para nosotros un objetivo prioritario en la promoción de la salud de la adolescencia y juventud.

El perfil de los adolescentes resilientes se caracteriza por competencia social, habilidad para la resolución de conflictos, autonomía, sentido de propósito y de futuro, y confianza en sí mismo y en el entorno.

Para construir resiliencia, según Henderson y Milstein¹, son elementos clave:

1. Enriquecer los vínculos prosociales.
2. Fijar límites claros y firmes.
3. Enseñar "habilidades para la vida".
4. Brindar afecto y apoyo.
5. Establecer y transmitir expectativas elevadas alcanzables.
6. Proporcionar oportunidades de participación significativa.

El diseño inicial

En 1998, el centro de salud Manuel Merino emprende el *Proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes "Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes"*² como respuesta a las carencias detectadas en adolescentes de la zona básica de salud (falta de adaptación, pobre autoconcepto, baja autoestima, asertividad insuficiente) y de las demandas de padres y profesionales del centro de salud. Con una metodología activa y participativa, el proyecto pretende dotar de recursos efectivos a los jóvenes para aumentar su autoestima, tener criterios propios y autónomos acerca de sí mismos, sus capacidades y limitaciones, siendo capaces de autoafirmarse frente a los posicionamientos de los demás y controlar la influencia del entorno mediante un análisis crítico del mismo, capacitándolos para afrontar situaciones de riesgo psicosocial. Para ello, profesionales sociosanitarios (pediatra, enfermeras, auxiliar de enfermería, trabajadora social) realizan tanto en el centro de salud como en instituciones de educación secundaria y socioprofesional:

- Talleres de desarrollo personal para adolescentes (10 sesiones de 1,30 horas, con periodicidad semanal), donde aprenden a conocerse y comprenderse mejor (a sí mismos y a los demás), tener una visión realista de su cuerpo y de sus propias posibilidades, comunicar mejor lo que sienten y lo que desean, resistir a las presiones de los demás, afrontar bien los conflictos interpersonales, planificarse para lograr sus metas y saber tomar decisiones.

- Talleres para padres sobre pautas preventivas (4 sesiones de 1,30 horas, con periodicidad semanal), donde se les enseña a los padres los factores de desarrollo y deterioro del adolescente, cómo mejorar sus habilidades de diálogo con sus hijos y cómo ayudarles a aceptarse, comunicarse y resolver los conflictos.
- Seminarios de formación y coordinación entre sociosanitarios y educadores donde analizar casos concretos y coordinar actuaciones para trabajar relaciones interpersonales, autoconcepto y autoestima, autocontrol, habilidades sociales, pensamientos erróneos y creencias irracionales en el aula en las horas de tutoría.
- Consulta joven "Espacio 12-20": Consulta de promoción de la salud para adolescentes de 12 a 20 años, atendida por un pediatra, donde el adolescente puede acudir sólo o acompañado de personas de su confianza (amigos, pareja,...) y expresar sus necesidades, dudas o temores sobre afectividad, sexualidad, VIH / SIDA, alimentación, drogas, desarrollo físico, deporte, estudios, aspectos de su personalidad y relaciones interpersonales (familia, pareja, amigos...). La confidencialidad, la entrevista motivacional, el consejo sanitario participativo (se le informa y orienta al adolescente o al joven para que encuentre sus propias soluciones), la accesibilidad y un mismo profesional de referencia son elementos clave en esta consulta.
- Otras actividades complementarias: reuniones de planificación, asesoramiento a otros profesionales (Servicios Sociales, Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica) y a padres, evaluación continuada de los adolescentes, formación práctica en promoción de la salud mental de adolescentes a estudiantes de enfermería,...

La entrada de adolescentes en el proyecto se produce por cinco canales:

- Desde de la consulta joven, donde se les propone la posibilidad de incorporación a los talleres.
- Desde diferentes instituciones educativas, sociales y sanitarias de Alcalá, que derivan chavales.
- Directamente, como respuesta a la publicidad institucional.
- Apuntados por sus familias.
- A través de los propios adolescentes que van trayendo a sus amigos.

La mesa de salud escolar (órgano de coordinación interinstitucional en el que participa Educación y Sanidad) incluye desde 2001 las actividades del proyecto dentro de su guía de oferta de recursos a todos los centros educativos del área (Alcalá de Henares y localidades próximas).

En junio de 2002, el Ministerio de Sanidad y Consumo reconoce la excelencia del proyecto presentándolo ante el grupo de trabajo de Promoción de la Salud del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Fruto de este reconocimiento se publica en el año 2004 por el propio Ministerio de Sanidad y Consumo el libro "Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes"³ (descargable en <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/adolescentes.htm>). En 2007, el Ministerio de Educación Pública de Costa Rica, adapta dicho libro⁴. Tras aplicarlo en varias regiones, considera el material muy valioso, útil y de fácil manejo, y decide extender la experiencia al resto de sus instituciones educativas.

La participación comunitaria de los adolescentes

Durante el verano de 2002, fruto del trabajo en grupo de adolescentes (que han desarrollado en el proyecto de 1998 la motivación para ser protagonistas) y profesionales (educadores,

técnicos de juventud municipales, terapeutas familiares, trabajadores sociales y sanitarios), surge el Proyecto de participación comunitaria de adolescentes y jóvenes "Aprendiendo entre todos a relacionarse de forma saludable"^{5,6} donde, sin dejar de desarrollar la consulta joven y los talleres para adolescentes, padres y educadores (del proyecto de 1998), se prioriza que los jóvenes se conviertan en agentes de salud mediante actividades como:

- Participación junto con técnicos en una comisión de coordinación y seguimiento del proyecto, encargada de coordinar los recursos, diseñar y supervisar el desarrollo de las actividades y estudiar las propuestas surgidas desde la comunidad.
- Encuentros trimestrales de fin de semana en albergues juveniles (para planificación del trimestre); estancia subvencionada por el Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.
- Elaboración, con apoyo de profesionales, de materiales educativos y audiovisuales destinados a otros jóvenes: folleto sobre las relaciones de pareja, videos ("Denunciatrónica joven", Aprendiendo a relacionarnos de forma saludable"), cortometraje ("IN-EX-CULPA-DOS"), maqueta hiphop sobre los adolescentes y sus problemas, informe y propuestas de mejora a folleto de anticonceptivos del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid,...
- Jornadas de convivencia en institutos de educación secundaria obligatoria (incluyendo concierto de grupo hiphop de adolescentes y micro abierto).
- Organización por los adolescentes de actividades lúdicas para los sábados por la noche (dentro del programa municipal de ocio alternativo "Otra forma de moverte"): taller de autoestima y sexualidad, gran ginkana sobre la sexualidad, taller de hip hop y funky,...
- Mesas redondas "Cómo hablar con los hijos sobre..." destinadas a padres de alumnos de institutos de educación secundaria obligatoria. Los ponentes son adolescentes. Su intervención parte de sus experiencias personales y colectivas y se centra en aconsejar a los padres sobre cómo hablar con sus hijos adolescentes sobre distintos temas: drogas, sexo, violencia, inmigración, estudios, amistades, roles y reparto de responsabilidades en casa, forma de divertirse, respeto a la intimidad,... promocionando estilos relacionales saludables.
- Espectáculo de teatro sobre problemática adolescente escrito e interpretado por adolescentes: "CINCO ADOLESCENTES.TK (Monólogos sobre la adolescencia)".
- Cineforum para adolescentes "Oxidadas herramientas".
- Participación en certamen creativo del centro social Seco.
- Intervenciones de los adolescentes en espacios radiofónicos locales sobre salud.
- Taller sobre interculturalidad para adolescentes "Todos iguales. Todos diferentes" en colaboración con Cruz Roja.
- Sección "Diálogos con adolescentes" dentro del boletín del centro de información, documentación y asesoramiento juvenil del ayuntamiento, donde se tratan temas de promoción de la salud mental y difunden actividades del proyecto.
- Web <http://adolescentes.blogia.com>, en cuya bitácora principal se publican noticias sobre el proyecto y artículos de promoción de la salud (escritos por adolescentes y profesionales) y se enlaza con: weblogs de adolescentes y sociosanitarios, formando todas parte de una comunidad de bitácoras dentro del paraguas del proyecto de participación comunitaria; o bien con una consulta joven virtual (<http://patriciojose.blogia.com>);
- una comunidad, diseñada por adolescentes del proyecto, dentro de la web del Programa de Sexualidad de la Comunidad de Madrid (www.sitelias.net).
- Grupos de autoayuda de adolescentes, supervisados por técnicos.
- Jornadas de convivencia consistentes en salidas grupales de los adolescentes y técnicos a centros jóvenes, museos, parques u otros lugares de interés de la ciudad y poblaciones cercanas.

- Escuela para profesionales “Aprendiendo a ser comunidad”: sesiones formativas dirigidas a profesionales sociosanitarios del centro de salud de Meco (localidad próxima a Alcalá) con objeto de difundir el proyecto, establecer cauces de comunicación y generar experiencias similares de participación comunitaria en promoción de la salud mental de los adolescentes.
- Participación de los adolescentes en la organización de las Jornadas sobre “La participación de los adolescentes en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunidad de Madrid) en 2003 y el XVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia en 2006.

El Programa de Promoción de la Salud Infanto-Juvenil de la Comunidad de Madrid se propone como objetivo 23.2. para el año 2003 el “Apoyo y colaboración con el proyecto de participación de adolescentes y jóvenes “Aprendiendo entre todos a relacionarnos de forma saludable” (Centro de Salud “Manuel Merino”. Alcalá de Henares)”⁷.

El modelo participativo de promoción de la salud

Nuestro modelo “participativo” entiende la promoción de la salud como un proceso dinámico, dirigido a la comunidad, en el que el aprendizaje se hace en común y en un marco multidisciplinar.

En tres pilares se apoya este modelo “participativo” de promoción de la salud mental:

1. La información como acto del conocimiento.
2. La importancia de un sistema de valores que debe ser incorporado por el individuo libremente, sin ningún tipo de imposición por el educador.
3. La Salud debe surgir de la comunidad, siendo necesario un cambio de estructuras socioeconómicas para mejorar el nivel de salud y calidad de vida.

Cinco son las dimensiones que tenemos en cuenta:

1. El grupo destinatario es también el agente de salud y protagonista de la educación para la salud.
2. El grupo actúa como difusor social de la información, convirtiéndose en un agente social participativo.
3. La comunicación es bidireccional.
4. La participación supone una motivación “per se”.
5. La participación es la garantía de la autenticidad del proceso.

La metodología educativa de este modelo “participativo” de promoción de la salud consta de 4 fases:

- En la 1ª fase (VER) cada uno aportará su visión particular de realidades concretas basadas en sus propias experiencias hasta descubrir los problemas de una manera más global y objetiva.
- En la 2ª fase (JUZGAR) se realizará un “juicio diagnóstico” de los hechos observados mediante una reflexión crítica, para tratar de comprender y explicar esa realidad.
- En la 3ª fase (ACTUAR) se trata de poner en marcha una acción para mejorar la realidad observada.
- La 4ª fase es EVALUAR.

Hacia la creación de una red de jóvenes agentes de salud

En septiembre de 2005, se pone en marcha una investigación acción participativa para conocer el grado de satisfacción de jóvenes y técnicos sociosanitarios con la marcha de la experiencia comunitaria, con su pasado y presente, sus demandas, motivaciones y críticas a su actual funcionamiento, así como sus deseos y aspiraciones (lo que les gustaría que fuera en el futuro). Un sociólogo, contratado por la Consejería de Sanidad, realiza grupos de discusión con los jóvenes, entrevistas abiertas a los técnicos y observación participante sobre el conjunto de actividades de la experiencia de educación para la salud (ver algunos detalles en tablas 1, 2 y 3). El análisis del discurso extraído mediante estas técnicas (grupos de discusión, entrevistas en profundidad y observación participante) se plasmó en un informe que sirvió de documento para la reflexión participativa de jóvenes y técnicos sobre la que plantearse estrategias y actuaciones futuras. Durante y a partir de dicha reflexión:

- a) se expresa la necesidad de mayor capacitación para el fomento del desarrollo saludable de las y los jóvenes en la propia comunidad, venciendo el miedo a ser agentes de salud entre otros jóvenes en "la anomia y la violencia de la calle" y no sólo en los espacios de educación para la salud "reglados y seguros" del centro de salud, ampliando y reactivando alianzas dinámicas y efectivas con jóvenes de otras instituciones y asociaciones locales, y
- b) se decide emprender un proceso de empoderamiento para la salud, durante el cuatrienio 2006-2010, que facilite la creación de una red comunitaria de jóvenes dirigida a la promoción del desarrollo biopsicosocial de la juventud de la localidad y a la participación en la prevención de la violencia entre jóvenes (problema de salud vivenciado por técnicos y jóvenes como prioritario a trabajar en la actualidad).

Surge así en el segundo semestre de 2006, en alianza con la asociación C.A.J.E. (Colectivo de Acción para el Juego y la Educación), el *Proyecto de empoderamiento para la salud y creación de una red comunitaria de Jóvenes Agentes en Mediación y Prevención de la Agresión "Jóvenes en red por su desarrollo saludable y contra la violencia: Programa J.A.M.P.A."*. Sus objetivos son dos:

- A. Aumentar el empoderamiento para la salud de las y los jóvenes participantes en el proyecto y de aquellas/os con los que conviven (capacitarlos para que sean responsables y promotores de su desarrollo biopsicosocial y el de su entorno).
- B. Promover su participación en la prevención de la violencia entre jóvenes.

Y las estrategias (y principales actividades) para conseguirlos:

- Mantener un órgano estable de coordinación (Comisión Permanente de Coordinación).
- Sensibilizar a una "masa crítica" de población (Fiesta J.A.M.P.A., Campaña "Espacios juveniles libres de violencia", Rancho familiar contra la violencia).
- Desarrollo de espacios de investigación acción participativa (Grupo IAP sobre la violencia que afecta a adolescentes).
- Desarrollo de espacios de reflexión (Encuentros de Trabajo, Parlamento Juvenil, Café temático sobre la violencia entre jóvenes).
- Desarrollo de espacios formativos (Taller básico para adolescentes de promoción de la salud y construcción de la resiliencia, Taller "Aprendiendo a solucionar conflictos con imaginación", Taller avanzado de capacitación de Jóvenes Agentes en Mediación y Prevención de la Agresión -J.A.M.P.A.-, Taller sobre violencia y salud para padres y educadores).

- Desarrollo de espacios de expresión y producción (Periódico joven “Rebeldes con causa”, Exposición-instalación “¡Arrea, Benilda Cuevas!”, Taller-programa de radio “Claro que sí”, Certámenes creativos presenciales, “Libro Blanco” sobre la violencia interpersonal, la salud y la juventud).
- Impulsar una red comunitaria juvenil (Red J.A.M.P.A.).

Durante el año 2007, nuestra estrategia “para y con los jóvenes” representa a España en el Foro HBSC de la Organización Mundial de la Salud sobre la cohesión social para el bienestar mental de los adolescentes⁸.

Durante 2012, la Red J.A.M.P.A se transforma en el espacio grupal “De jóvenes a jóvenes”, donde los adolescentes pueden:

- 1) compartir sus vivencias con otros jóvenes y con profesionales de la salud
- 2) mejorar sus competencias socioemocionales y sus habilidades para la vida
- 3) desarrollar su creatividad a través de la expresión artística (narrativa, cómic, música,...) y audiovisual (cine, radio,...)

Hacia una educación para la salud consciente

Promovido desde el espacio grupal “De jóvenes a jóvenes” y fruto de la colaboración entre nuestro centro de salud y el colegio Emperador Fernando de Alcalá de Henares, está en marcha, desde octubre de 2012, el proyecto “Creciendo con atención y consciencia plena”, que trata de educar para la salud a través de la atención y consciencia plena (mindfulness). El objetivo es aprender a:

- gestionar nuestras capacidades de control sobre nuestra salud desde la atención y consciencia plena.
- relacionarnos de forma empática con las personas, sin juzgarlas, desde la aceptación (al aceptarlas se relaja la tensión entre como las vemos y como creemos que deberían ser facilitando poner toda la energía en el desarrollo saludable del potencial humano) y la no exigencia (exigir es desresponsabilizar al otro, yendo en contra de su empoderamiento para la salud).

La educación para la salud consciente posibilita una integración de la mente y el cuerpo, brindando así, una escucha interior más profunda, la cual incide en la prevención de diferentes problemas psicoemocionales, la mejora del bienestar general y el desarrollo activo de comportamientos adaptativos.

Por este proyecto nos ha sido concedido el Primer Premio en los XV premios semFYC 2013 para Proyectos de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP).

Lecciones aprendidas

Algunas lecciones aprendidas durante el desarrollo y evaluación de los consecutivos proyectos de 1998, 2002 y 2006 (todavía no ha finalizado la evaluación de los proyectos que comenzaron en 2012), en los que participaron hasta 2008 más de 800 adolescentes y 200 padres, son:

1. Un componente esencial de la autoestima en los adolescentes es la sensación de controlar su propia vida, ser capaces de moldear sus circunstancias y tomar las decisiones que van a

marcar su futuro. El afecto, el apoyo y la confianza básica de adultos de referencia favorecen esto (efecto Pygmalion positivo).

2. Son necesarios espacios donde los adolescentes puedan expresar sus necesidades, dudas o temores sobre los temas que les interesen, de forma confidencial, y a los que puedan acudir solos o acompañados de sus amigos.
3. También son necesarios espacios donde se trabaje con padres y profesores cómo mejorar sus habilidades de diálogo con los adolescentes y cómo ayudar a los jóvenes a aceptarse, comunicarse y resolver conflictos.
4. Según expresan los adolescentes, el participar en actividades comunitarias y ser agentes de salud les está permitiendo estar más a gusto con ellos mismos y con los demás, sentirse más autónomos, más satisfechos corporalmente, más seguros en las relaciones interpersonales, menos estresados y más capaces de verbalizar sus conflictos. La participación comunitaria y el comportamiento prosocial construyen resiliencia.
5. El hecho posible de encontrarse con el otro, de poder hablar en un contexto regulado en el que poder desarrollar relaciones seguras y ordenadas, y en el que se respetan las diferencias de cada uno, también construye resiliencia.
6. El trabajo paralelo individual y grupal con una metodología participativa consistente en un continuo ciclo "ver-juzgar-actuar-evaluar para de nuevo ver" ha favorecido el desarrollo evolutivo de los sucesivos proyectos (cada proyecto se mutaba en el siguiente).
7. La participación y el empoderamiento de los adolescentes y la búsqueda de alianzas con otras instituciones y asociaciones ha tenido un efecto multiplicador de los escasos recursos humanos profesionales del centro de salud.

Las conclusiones más relevantes de la investigación cualitativa realizada en 2005 son:

- 1) El proyecto es un espacio que sienten los adolescentes como propio y que les da seguridad, porque en él las relaciones aparecen reguladas por normas que se respetan. Se les reconoce, se les escucha y se cuenta con ellos. Es un lugar ordenado en el que se puede hablar y encontrarse con otros jóvenes, experimentar relaciones "más íntimas y personales", compartir pensamientos sobre sí mismos y sus problemas, aprender a vivir de una forma saludable, hacer actividades juntos que se deciden entre todos. Por eso uno puede sentirse responsable, y como efecto, madurar.
- 2) Es un lugar en el que encontrarse con otros jóvenes que tienen problemas parecidos a los que uno tiene, compartirlos y ayudarse mutuamente para tratar de resolverlos.
- 3) Hay dos aspectos fundamentales sobre los que se asienta el buen funcionamiento del proyecto:
 - a. El compromiso de secreto sobre las cuestiones que afectan a los problemas personales que se hablan en las reuniones; compromiso acordado entre técnicos y adolescentes. Ese compromiso les da seguridad y garantía de que lo que cuenten de ellos va a ser tratado con el debido respeto y mantenido en la intimidad del grupo.
 - b. La presencia de los técnicos y su papel de adultos de referencia en el proyecto. Los adolescentes necesitan romper los vínculos infantiles con los padres, pero siguen necesitando la referencia de figuras adultas comprensivas y próximas que aporten orden y seguridad al grupo (así ven a los técnicos).
- 4) Para las familias, el proyecto ofrece una seguridad de carácter preventivo ante los riesgos que la calle tiene.
- 5) Los efectos que la participación en el proyecto está teniendo en los adolescentes son múltiples. Desde mejoras en las actividades que realizan fuera y en los estudios, hasta cambios

en los comportamientos, en las actitudes, en su propia autoestima. Se sienten más comprensivos con el otro, cuando antes se reían de él; más reflexivos y piensan más las cosas antes de actuar. Controlan más sus conductas, sus reacciones agresivas, su hiperactividad, lo que les hace sentirse más seguros de sí mismos.

- 6) La posibilidad de encontrarse con el otro, de hablar de sus cosas y saber que van a ser escuchados es algo fundamental en el proyecto; es algo terapéutico en sí mismo y todo un descubrimiento para los adolescentes. Encuentran a otros que son como ellos, lo que les hace no sentirse solos; y encontrar al otro les obliga a tenerle en cuenta, cultivar el respeto y ser menos esquemáticos.
- 7) Los antiguos miembros, a los que la distancia en el tiempo, desde que lo dejaron les ha permitido reflexionar algo más sobre la experiencia, resaltan la función preventiva que para ellos tuvo el proyecto. Les ha servido para darse cuenta de dónde se estaban metiendo, rectificar comportamientos que sentían que les iban a perjudicar.
- 8) Los profesionales de otras instituciones que han derivado adolescentes al proyecto, confirman (en los encuentros de seguimiento para ver la evolución que están teniendo) los cambios positivos en el comportamiento de esos adolescentes.
- 9) Se valora mucho la Consulta Joven y la accesibilidad a ella, tanto por parte de los adolescentes como de los técnicos. Se ve importante que la persona que lleva la Consulta Joven es siempre la misma, una persona de referencia, con una importante capacidad de empatía, que garantiza al adolescente la confidencialidad que se necesita en un tipo de relación donde la vinculación emocional es terapéutica.

Bibliografía

1. Henderson N, Milstein MM. *Resiliency in Schools. Making It Happen for Students and Educators*. California: Corwin Press; 2003.
2. Ruiz PJ, Puebla R, Cano J, Ruiz PM. Proyecto de educación para la salud "Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes". *Aten Primaria* 2000; 26: 51-57.
3. Ruiz-Lázaro PJ. *Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes. Proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
4. *10 Estrategias para Padres y Tutores "Vivamos los valores en nuestra familia"*. San José: Ministerio de Educación Pública; 2007.
5. Ruiz PJ, Bosques L, Cozar G, González B, Talaverano R, Prada N, De la Sen V, Monsalve A, Delgado J, Hernández P, Grassa S. *Participación comunitaria de adolescentes y jóvenes en torno a un centro de salud como forma de prevención*. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/9738/>
6. Ruiz-Lázaro PJ, Bosques-Castilla D, Cozar-López G, González-Santiago B. *Promoción de la salud del adolescente en Atención Primaria: el modelo Alcalá de Henares*. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2005; 7: 451-461.
7. *Planes y Programas de Salud Pública 2003*. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2003.
8. Ruiz-Lázaro PJ. *Spain (Alcalá de Henares, Madrid): the strategy "for and with young people" for promoting adolescent mental health in primary health care*. In: *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. p. 216-226.

Tablas

Tabla 1.
Diseño de los Grupos de Discusión (G.D.)
en la Investigación Cualitativa de 2005

GRUPO	CARACTERÍSTICAS
G.D.1	Adolescentes mayores (17-19 años). Participantes en los Grupos de Trabajo, Comisión de Coordinación, Albergues y Grupos de Autoayuda.
G.D.2	Adolescentes medianos (14-16 años). Cubriendo las mismas actividades que los mayores.
G.D. 3	Adolescentes más pequeños, chicos (12-13 años). Todos, participantes en los Grupos de Autoayuda; uno de ellos asiste a la Comisión de Coordinación.
G.D. 4	Adolescentes más pequeños, chicas (12-13 años) Todas, participantes en los Grupos de Autoayuda.
G.D. 5	Ex miembros del Proyecto. (19-21 años). Participaron en todas las actividades del Proyecto; algunos de ellos también en el Proyecto de Promoción de la Salud de 1998, que fue el que dio origen al Proyecto de participación comunitaria de adolescentes del 2002.

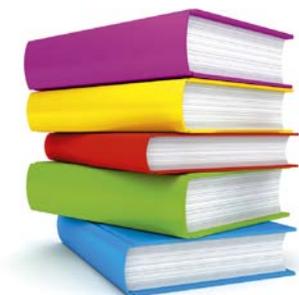
Tabla 2.
 Cualidades identificadas (en el Proyecto)
 y frases más significativas registradas
 en los grupos de discusión (G.D.)
 de la Investigación Cualitativa de 2005

CUALIDADES	FRASES
Compartir problemas Ayuda mutua Carácter solidario Sentimiento de grupo	<i>"Pues que más de uno tiene el problema que tienes tú y entonces puedes hablar con esa persona, y te entiende, y la gente que no lo tiene, pues no..."</i> (G.D.: 1. Mayores) <i>"Todo el mundo tenía problemas. Teníamos algo en común."</i> (G.D.: 5. Ex-miembros)
Alternativa a la calle Comunicación	<i>"Por no estar todo el puto día en la calle. Porque hay malas influencias de la calle."</i> (G.D.: 2. Medianos) <i>"Entonces, buscas otro estilo, más tranquilidad, conversar, no estar todo el rato de movidas de un lado para otro."</i> (G.D.: 1. Mayores)
Desarrollo personal	<i>"Es una manera de crecerse, de sentirse más persona, de cómo evolucionar, madurar, y eso..."</i> (G.D.: 5. Ex-miembros)
Relaciones más íntimas y personales Sentirse responsables de ellos mismos	<i>"Los amigos del instituto son como terremotos, más desparrame, quedas con ellos para irte de pedo... y aquí tienes amigos y vienes a hablar de tranquilos, nos vamos a tomar un café... Más formalidad La verdad es que sí, somos más responsables de nosotros mismos."</i> (G.D.: 1. Mayores)
Ocio alternativo Diversión Expresión	<i>"Aquí todos venimos para conocer gente y para pasar el rato. Y si alguien tiene problemas, poder solucionárselo. Aquí te vas al albergue y fuera no. A divertirse, a hablar... Por lo menos estás entretenido aquí y no haces el moñas"</i> (G.D.: 2. Medianos) <i>"Queremos divertirnos, y es pasártelo bien trabajando, o sea, hacer actividades que a ti te gusten. ¿Tú por qué vienes aquí?, para despejarte, ¿no?, y para expresarte. Pues es lo que hay que hacer. Es que no hay más vueltas, no hay más vueltas... más utilidades..."</i> (G.D.: 2. Medianos)
Referentes adultos Seguridad	<i>"Aquí, si no podemos, pues tenemos ayuda del mayor, ayuda del adulto."</i> (G.D.: 3. Pequeños. Chicos) <i>"Ahí sabes que hay una persona adulta con la que puedes hablar, y que sabes que te va a resolver los problemas, que a lo mejor con tus padres por razones x no te atreves a contárselo y que con los amigos sabes que no te van a ayudar."</i> (G.D.: 5. Ex-miembros)

Autoestima	<i>"A mí me está haciendo darme cuenta de que yo valgo para más que para estar en la cama llorando con la almohada diciendo: ¿por qué estoy viviendo aquí? ¿por qué soy yo esta persona? Me da más, para darme ánimos para seguir..." (G.D.: 4. Pequeños. Chicas)</i>
Confianza en el grupo	<i>"Es que la confianza hace mucho, porque yo no voy a contar mis problemas a cualquiera. La confianza es un factor muy importante." (G.D.: 5. Ex-miembros)</i>
Escucha activa	<i>"A mí me ha ayudado a aprender a escuchar a las personas." (G.D.: 1. Mayores)</i>
Sentirse escuchado Bálsamo para el dolor	<i>"Nada más puedo estar con mi madre los fines de semana, porque ella tiene que trabajar todo el día, entonces, pues yo me pongo muchas veces a llorar y me siento muy triste, y la verdad es que allí (residencia de menores) las personas pasan de ti como... sabes, como si fueras un... un perro; entonces, pues, por ejemplo, aquí (proyecto) a lo mejor puedes hablar y te puedes tranquilizar. Te puedes desahogar." (G.D.: 4. Pequeños. Chicas)</i>
Función preventiva	<i>"Por mi parte, también me ha ayudado muchísimo. Yo, por ejemplo, a esa edad no te das cuenta de cosas que haces y me ha ayudado a darme cuenta de lo que estaba haciendo, que en el mundo en que me estaba metiendo no iba a sacar nada bueno. Entonces, me ha ayudado a dejar ciertas cosas." (G.D.: 5. Ex-miembros)</i>
Adquisición de independencia Aprender a resolver los problemas uno mismo Autoayuda	<i>"Si ves que ese grupo que antes te aportaba ahora no te aporta empiezas a madurar un poco y decir: vale, si no me ayudas me voy a ayudar yo. O eso o te hundes... Mi opción fue autoayudarme." (G.D.: 5. Ex-miembros)</i>
Espacio propio Intimidad fuera de la familia	<i>"Mi madre es más pesada que una vaca en brazos. Todo el día está: ¿qué habéis hecho, qué tal en el Proyecto? Y todo el día así, y es que cansa un poco. Mi padre también me da la vara." (G.D.: 3. Pequeños. Chicos)</i>
Efecto estimulante y terapéutico de la participación	<i>"Yo llegué a creer que hasta era un monitor... Voy a hacer esto con otra gente, voy a organizar esto para los demás. Es, entre comillas, como otra responsabilidad. ¡¡Ostia, que voy a hacer esto!!, y satisfacción para ti mismo, de voy a hacer algo ahí dentro. ¿A qué llamas hacer algo? Sentirte útil. Efectivamente. Gracias por decirlo. (risas)." (G.D.: 5. Ex-miembros)</i>

Tabla 3.
 Cualidades identificadas (en la Consulta Joven)
 y frases más significativas registradas
 en los grupos de discusión (G.D.)
 de la Investigación Cualitativa de 2005

CUALIDADES	FRASES
Confianza plena en el profesional Tratar los temas personales en profundidad Relación terapéutica	<i>"No hay comparación, ahí tú le cuentas todo, y nadie está ahí para reírse y pensar cualquier cosa de ti. Le sueltas todo lo que quieras... Es como un alimento, tú lo cortas en cuatro partes y en Patricio tú le das el alimento, las cuatro partes, pero ahí, en autoayuda, tú solo das una o dos, o tres, pero no todo. Suelas lo más... lo que está más en la superficie, lo que más se nota, no lo más íntimo, pero con Patricio..."</i> (G.D.: 4. Pequeños. Chicas)
Confidencialidad Vínculo emocional Aprender a manejar las emociones	<i>"Yo, ¿sabes qué he aprendido?, a controlarme la agresividad. Lo que es en el grupo no, con Patricio. Claro, en los grupos yo me cabreaba a veces y hablaba con Patricio y me controlaba... Pues yo a no tener miedo, porque a mí me intentaron violar y con Patricio, aquí, he aprendido a no tener miedo..."</i> (G.D.: 2. Medianos)
Atención profesional Accesibilidad Capacidad de empatía y de proximidad	<i>"Es un profesional y te puede ayudar más"</i> <i>"Es que Patricio aparte de terapeuta también es amigo. Nuestro confidente.</i> (G.D.: 1. Mayores)



L.S. Eddy Ives (*) M.I. Hidalgo Vicario ()**

(*) Pediatra. Directora médica del Centro Médico San Ramón. Barcelona. (**) Pediatra. Doctora en Medicina. Acreditada en Medicina de la Adolescencia. CS Barrio del Pilar. Madrid.

Vacunación del Papiloma Humano: Recomendaciones del Comité Americano Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)

Lauri E. Markowitz, Eileen F. Dunne, Mona Saraiya et al.

Human Papillomavirus Vaccination: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)

MMWR 2014;63(No. RR-5) August 29, 2014

El informe resume la epidemiología del virus del papiloma humano (VPH) y las enfermedades asociadas, describe las vacunas contra el VPH disponibles con licencia, proporciona información actualizada sobre las vacunas de ensayos clínicos y los estudios de seguridad posteriores a la autorización e igualmente recoge las recomendaciones de la Comisión de CDC Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) para su uso de vacunas contra el VPH. Como un compendio de todas las recomendaciones actuales para el uso de vacunas contra el VPH, la información en este informe está destinada para su uso por médicos, funcionarios de salud pública, proveedores de vacunas, y el personal del programa de inmunización. Las recomendaciones del ACIP se revisan periódicamente y se revisan cuando hay nueva información disponible.

Nueva normativa para la vacunación frente al VPH

La pauta de administración de las vacunas disponibles frente al Virus de la Papiloma Humano ha variado. En el caso de **Cervarix**® (tipos 16 y 18) la nueva pauta para mujeres entre 9 y 14 años es de dos dosis (0 y 6 meses). Si la segunda dosis ha sido administrada antes de los 6 meses será necesaria una tercera dosis. En mujeres de 15 años o más se sigue recomendando el esquema de 3 dosis (0, 1 y 6 meses).

www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000721/WC500024634.pdf

En el caso de la vacuna **Gardasil**® (tipos 6, 11, 16 y 18) la nueva pauta se aplica para mujeres de 9 a 13 años, e igualmente cuando la segunda dosis ha sido administrado antes de los 6 meses será necesaria una tercera dosis. A partir de los 14 años es cuando se recomienda el esquema clásico de 3 dosis (0, 2 y 6 meses).

www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000703/WC500021142.pdf

Trastornos Alimenticios restrictivos en adolescentes hospitalizados

Melissa Whitelaw, Heather Gilbertson, Katherine J. Lee and Susan M. Sawyer

Restrictive Eating Disorders Among Adolescent Inpatients

Pediatrics 2014;134:e758–e764. August 25, 2014; DOI: 10.1542/peds.2014-0070

<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/08/19/peds.2014-0070>

Los médicos están observando cada vez más adolescentes que han perdido grandes cantidades de peso, experimentan alteraciones cognitivas y complicaciones médicas agudas como en la anorexia nerviosa (AN) pero sin cumplir los criterios diagnósticos de ésta respecto al peso. Son los trastornos alimentarios no especificados EDNOS-Peso.

Se realizó un estudio en un hospital terciario durante 6 años (del 2005-2010) en pacientes entre 12-19 años utilizando criterios DSM-IV para AN y EDNOS-Peso. Se observó un aumento de más de cinco veces en el % de adolescentes diagnosticados de EDNOS-Peso durante ese periodo. A pesar de no tener un bajo peso, los pacientes con EDNOS experimentan un perfil similar de complicaciones amenazantes para la vida como los pacientes con AN. Es preciso realizar una evaluación médica cuidadosa en aquellos adolescentes que han perdido mucho peso aunque este sea aceptable.

Orientación sexual y utilización de esteroides anabolizantes en adolescentes varones de Estados Unidos

Blashill AJ, Safren SA.

Sexual Orientation and Anabolic-Androgenic Steroids in US Adolescent Boys

Pediatrics 2014; 133:3 469-475; published ahead of print February 2, 2014, doi:10.1542/peds.2013-2768. Abstract

<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/01/28/peds.2013-2768.abstract?sid=0e3e1764-2082-473e-80ef-de30ad762a01>

Una encuesta realizada con más de 17.000 adolescentes varones de Estados Unidos constata un mayor mal uso de esteroides anabolizantes en varones homosexuales y bisexuales (21%) en comparación con el grupo heterosexual (4%; $p < 0,001$). Se analizó posibles factores que contribuyeran a dicho resultado, encontrando en el grupo no heterosexual un aumento de sintomatología depresiva, ideación suicida, victimización y uso de drogas, por lo que se sugiere que pueden ser factores que hubieran influido. Se hace hincapié en la necesidad de incrementar las medidas preventivas y de intervención en adolescentes con una orientación sexual minoritaria.

Consumo recreativo de cannabis en el adulto joven asociado a anomalías en el núcleo accumbens y amígdala

Gilman JM, Kuster JK, Lee S, Lee MJ, Kim BW, Makris N, van der Kouwe A, Blood AJ, Breiter HC.

Cannabis Use is Quantitatively Associated with Nucleus Accumbens and Amygdala Abnormalities in Young Adult Recreational Users

J Neurosci. 2014; 34:5529-5538

<http://jn.sfn.org/press/April-16-2014-Issue/zns01614005529.pdf>

La marihuana es la droga ilegal más consumida en Estados Unidos. Se ha estudiado sus efectos sobre el incremento en la liberación de neurotransmisores dopaminérgicos, pero poco se sabe sobre los efectos que puede tener sobre la morfología del cerebro humano, en particular en las regiones de la motivación, emociones y recompensa, como es el núcleo accumbens y la amígdala. La mayoría de estudios evalúan las alteraciones halladas en los grandes consumidores y no el joven que lo toma de forma más puntual. En el presente estudio se analizó las alteraciones en las estructuras cerebrales a través de imágenes de resonancia magnética de alta resolución en adultos jóvenes de 18-25 años consumidores de marihuana de forma recreativa en comparación con controles no-consumidores. Se constató alteraciones significativas en la densidad de la sustancia gris, volumen y morfología del núcleo accumbens. A nivel de la amígdala no había diferencias en cuanto al volumen pero sí había alteración en la morfología de la superficie de la amígdala derecha. Los autores concluyen que es importante tener presente estos hallazgos debido a la tendencia a despenalizar el uso recreativo de la mencionada droga.



ADOLESCENCIA
ATENCIÓN INTEGRAL
2ª EDICIÓN

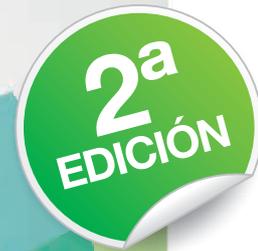
M.I. Hidalgo Vicario
A.M. Redondo Romero
G. Castellano Barca

ergon

MEDICINA DE LA **ADOLESCENCIA** ATENCIÓN INTEGRAL

2ª EDICIÓN

M.I. Hidalgo Vicario
A.M. Redondo Romero
G. Castellano Barca



MEDICINA ADOLESCENCIA





L. Rodríguez Molinero

Pediatra. Centro de salud Huerta del Rey. Valladolid. Acreditado en Medicina de la Adolescencia por la AEP.

1. Tengo un hijo de 14 años al que desde hace varios meses encuentro muy nervioso; ha cambiado mucho su carácter

Nerviosismo es un término muy genérico que alude a un estado mental de tensión o de ansiedad. Nuestro lenguaje es muy preciso, y distingue entre **ser** nervioso y **estar** nervioso. "Ser nervioso" se refiere a una forma de ser y "estar nervioso" se refiere a una situación temporal de nerviosismo, tensión o ansiedad. En este caso, parece que se trata de una situación temporal. Son muchas las causas que pueden desencadenar una situación así durante la adolescencia media (14-16 años): la presión académica, ciertas situaciones familiares como crisis de los padres, deseos de libertad, rechazo de autoridad paterna, descubrimiento de la sexualidad, enamoramientos, labilidad emocional, conflictos entre amistades...

Las consecuencias de esta situación se van a notar en el rendimiento académico y en cambios de conducta, tanto en casa como en el colegio. Incluso con los amigos, en el cuidado personal (se cuidan menos), en alteraciones del sueño, el apetito etc.

Los padres debemos ser comprensivos y flexibles para encontrar una ayuda eficaz, y no ser insistentes ni pesados pretendiendo que el adolescente nos confíe su intimidad de una manera forzada.

En la mayoría de los casos hay que comportarse con normalidad ante la situación; estar abiertos a las sugerencias que nos hagan; que los jóvenes noten nuestra compañía, cercanía e incondicionalidad.

Existen varios signos de alarma que nos deben hacer extremar la observación: Ausencias escolares repetidas, con deterioro importante del rendimiento escolar. Cambios de amigos de forma brusca y repentina sin motivo que lo justifique.

Alteraciones en el sueño, pérdida o aumento del peso. Alteraciones de la personalidad. Hacer referencia o bromas sobre el suicidio. Usar y abusar de sustancias prohibidas. Tener constancia de robos, peleas o agresiones...

Si el deterioro personal, familiar o escolar fuera importante hay que buscar la ayuda especializada de un médico. Éste tiene que estar debidamente entrenado para escuchar y atender a un adolescente. Éste busca en él a un adulto que le ayude a interpretar que lo que le sucede es que el crecer, dejar de ser niño y pasar a adquirir responsabilidades propias de los catorce años supone una crisis. La tensión y la ansiedad son parte de esa crisis, que le ayudará a madurar.

2. Mi hija tiene 15 años y ha empezado a fumar

Ésta es una queja que oímos con frecuencia, y que lleva implícita la pregunta de qué se puede hacer para evitarlo. Lo primero que debemos preguntarnos es en qué contexto surge el problema. Los adolescentes fuman si en su entorno familiar, escolar o social también se fuma.

Es un hecho constatado que junto al adelanto de la madurez biológica, se acompañan otros "adelantos" como son la edad de consumo de sustancias legales o ilegales, o el inicio de relaciones sexuales.

El comienzo de casi todos los hábitos tóxicos sociales se ha adelantado respecto a generaciones anteriores. Si nos acercamos al Observatorio Nacional de Drogas (<http://tinyurl.com/pe7v7vn>) encontramos que la media de inicio en el hábito de fumar se ha adelantado en los últimos quince años.

Lo prudente ante una situación así es no alarmarse, dado el ambiente en que en ocasiones se mueven los adolescentes y el afán de algunos de ellos por manifestar comportamientos adultos, deseosos de aparentar ser mayores.

Los padres suelen empezar a pensar en un tabaquismo precoz, con todos los miedos en relación con la salud que ello supone, y sobre todo si ha habido antecedentes familiares.

La postura más adecuada desde el punto de vista educativo y preventivo es mantener una buena relación con el hijo (o hija en este caso) de forma que no se interrumpa la comunicación y que se pueda mantener un diálogo sobre cualquier aspecto relacionado con la salud o cualquier otro tema. A partir de ahí, comentar los problemas de salud del tabaquismo. Seguro que ella los conoce, pero dichos en el contexto familiar pueden tener más influencia. El ejemplo es siempre una buena pedagogía, y si los progenitores son fumadores, hacer un plan para dejarlo. Es muy fácil que con el ejemplo se arrastre al hijo. Los métodos autoritarios o represivos está demostrado que no son eficaces, sino que suelen ser contraproducentes. Sin duda la adolescente irá descubriendo que fumar no aporta ningún beneficio a su salud ni física ni psíquica ni socialmente, y este descubrimiento le hará cambiar.

6 y 7 Marzo 2015



IV CURSO DE LA SEMA

Salud Integral en la Adolescencia

Hospital Universitario
La Paz / Madrid



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



Hospital Universitario
La Paz

Comunidad de Madrid

La adolescencia

“ La adolescencia, ese periodo de tiempo donde todo y nada es posible, donde los días son sombras o luces y nunca existe el punto medio, pero sobre todo, de magia. Es ese tiempo durante el cual el mundo nos queda pequeño, y cuidense de aprovecharlo jóvenes venideros, porque pronto descubrirán que el mundo es mucho más amplio, mucho más complejo, indiferente, inmutable y cruel de lo que nunca se podría imaginar. Por suerte durante unos años eso no nos importa, a veces fingimos que sí, pero no, para nada.

Se suele decir: “Si la juventud supiera y la vejez pudiera...” Y esto en muchas ocasiones es cierto, pero sin embargo, yo, como ya es habitual, no estoy de acuerdo, ya que en mi opinión, no hay nada más sabio que la juventud, nada más inteligente que el vivir sin saber, no hay nada más importante que el que te digan: Si tú supieras. Pero cuidado, ahora viene lo importante, pues no hay nada tan necesario para ser realmente feliz como el saber aprovecharse de ese desconocimiento, y para ello, debemos saber que existe un hoy, pero también un mañana, que la vida son fases y que todas pasarán, que los terribles problemas que parecen presentársenos no son más que piedras que podremos saltar o rodear, y que antes o después habremos de crecer, sabiendo eso podemos vivir sin reparos, libres sin odio, riendo sin destruir.

Por otro lado están los que creen que el hoy será eterno, o los que creen que pueden hacer que lo sea abandonándose al abandono de no mirar la vida de frente, y lo más terrible de esto es que durante un buen tiempo, su sueño parece cumplirse, pero cuando se desvanece ya no queda nada, y en ocasiones ya es demasiado tarde para cambiar. El miedo no existe, es nuestro y nosotros lo moldeamos en función de nuestras debilidades, pero no debemos querer esconderlas todas, sino dejarlas volar y afrontarlas, vivir nuestra vida y no la de otros.

Estas son reflexiones a las que llego un punto después de la adolescencia, tras ese instante en el que todo cambia, pero el pasado es tan nuestro como el mañana y aunque no lo creamos, en ocasiones también podemos cambiarlo, el nuestro y el de otras personas. Por todo esto escribo esta carta, tanto para mí, como para todos aquellos que la lean, viváis en la época que viváis, os la dedico.

Carta a mi adolescencia

“ *Mí tímido y escondido amigo. Te escribo para darte una buena noticia, no te estás equivocando, tu timidez no acabará contigo, ni con nadie, ni mucho menos con tu felicidad. Te dará perspectiva, te dará la capacidad que muy pocos tienen, la de observar y reflexionar, y poco a poco te darás cuenta de lo poco importante que es realmente basarte en lo que los demás piensan a la hora de actuar. Poco a poco sabrás lo que está bien, lo que está mal, lo que te gusta y lo que no y lo que puedes ser capaz de hacer si te lo propones. El mundo es de las personas que no tienen miedo, pero que piensan antes de actuar, y en ocasiones, se dejan llevar, y no al contrario. Por eso no te arrepientas de tu timidez, cuídala como una herramienta, úsala para ganar tiempo y reflexionar, pero atrévete a cambiar, se valiente y actúa cuando creas que debes, y sobre todo cuando sepas que quieres, deja que la vida te envuelva y no pienses en ser mayor, porque los mayores piensan en ser jóvenes, y la vida no se da la vuelta por nadie.*

No te agobies por el futuro, intentarán que lo hagas pero no, ahora solo debes descubrir qué es aquello que te llama, con lo que te sientes a gusto y hace que te levantes con ganas por la mañana, y para ello debes experimentar. Como los bebés, debes tocar, manipular, probar y desdoblarse, prueba cosas diferentes aunque creas que nunca acabarán gustándote y no te arrepentirás.

Descubre quiénes son tus amigos, los de verdad, los que estarán contigo cuando nadie quiera pero tú lo necesites, y cuando los tengas, no los sueltes por nada del mundo; ni una rabieta, ni dos, ni una palabra ni un día entero de discusión, nada debe ser más fuerte que vosotros porque una vez más, no te arrepentirás.

Mantén una buena relación con tu familia, porque ellos no harán que sea mala, no lo será si tú no lo provocas. Muéstrales cariño, aunque sea solo un poco, sigue sus consejos, aunque sea solo a veces, y míenteles por una locura, aunque sea solo en una ocasión, que la vida es corta y el final llega para todos.

Pero si solo pudiera decirte una cosa, sería que no te preocupes por mí, que llegaré antes o después y la vida seguirá siendo la misma, y solo espero que aproveches esos años que te quedan hasta mí. Vive como si no hubiera mañana, pero sabiendo que existe un mañana.

Para mi muy querido Luis Juan Salamanca. Con cariño, Luis Juan Salamanca.”



F. Notario Herrero

Pediatra. Unidad de Pediatría y Adolescencia. Clínica Ntra. Sra. del Rosario. Albacete.

Uso indiscriminado de antibióticos para el acné

Así inicia su reflexión el grupo internacional de dermatólogos, que conforman la Alianza Global para Mejorar los Resultados en Acné en Journal of Drugs in Dermatology. La Dra. B. Dreno del Hospital de Nantes, una de las firmantes llama la atención sobre la destrucción de cepas de Propionibacterium acnés, mas sensibles, dando lugar a cepas resistentes del mismo, además de Estreptococo y Estafilococo. La terapia estándar siguiendo las actuales guías terapéuticas para los casos menos complicados sería el peróxido de benzoilo asociado a retinoides tópicos, dejando los antibióticos orales solo en caso de lesiones moderadas a graves y por un tiempo limitado. No se trata de desterrarlos, solo reservarlos para casos realmente útiles.

Adolescentes con TDAH. ¿Repetir curso?

¿Es beneficiosos para los adolescentes con TDAH repetir curso?, pues parece que no, según múltiples opiniones pedagógicas y psico- terapéuticas, los estudios demuestran que las notas son mas bajas cuando repiten curso. Si con la repetición se pretende mayor atención por parte del alumno se suele conseguir que este mas aburrido, con la autoestima mas baja y menos motivado. Un estudio de J.A.Ramos Quiroga coordinador del Programa de TDAH, del Hospital Vall d’ Hebrón en Barcelona, demuestra que si a los alumnos con TDAH se les expulsa de clase tiene muchísimas mas posibilidades de caer en drogodependencias. Según la pedagoga-terapeuta A.I.Solanas: “los adolescentes con TDAH, tienen los impulsos de un adulto con las estrategias de un niño ...” La adolescencia no es el punto y final del TDAH sino un punto y seguido, que tristemente puede causar dolor durante toda una vida.

Tabaco y cambios físicos en el cerebro de los adolescentes

Que el tabaquismo causa numerosos problemas de salud, es de todos conocido, pero ahora un nuevo estudio acerca de los efectos del hábito de fumar en adolescentes, revela que el tabaco puede causar cambios físicos en su cerebro, que a esa edad, aún está desarrollándose, lo cual lo hace más vulnerable ante ciertas influencias bioquímicas perniciosas. Un equipo de investigación de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) revela que esos cambios pueden ocurrir en aquellos que han estado fumando relativamente poco tiempo, además los cambios neurobiológicos en este periodo, explicarían por que los adultos que empezaron a fumar a corta edad tienden a permanecer más “enganchados” al hábito tabáquico. En resumen los resultados de la investigación sugieren que los adolescentes con mayor exposición al tabaco tenían una dependencia mayor a la nicotina, con mayor ansia de fumar y menor grosor de la ínsula, parte de la corteza implicada en la vigilancia de estados de ánimo y toma de decisiones.

Adolescentes menos activos y más obesos

Un estudio europeo, liderado por científicos españoles, asegura que los adolescentes de nuestro país tienen peor capacidad cardiorrespiratoria, fuerza y velocidad-agilidad que sus homólogos del centro y norte de Europa. También son más obesos y cuentan con un mayor porcentaje de grasa abdominal, un factor de riesgo asociado al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes, entre otras afecciones. Estas son las conclusiones de un estudio realizado por el Departamento de Fisiología de la Universidad de Granada, con otros 25 grupos de investigación europeos, comparando adolescentes de países mediterráneos con los norte y centro europeos, se incluyeron datos de 3.528 adolescentes y se publicaron en *Pediatrics*. Nuestros jóvenes realizan menos ejercicio físico y dedican más horas a actividades sedentarias. Nos recuerda F.B. Ortega que la condición física de los adolescentes es un indicador de su salud presente y futura.

Consumo de cannabis entre adolescentes de 14 a 18 años

En los últimos años ha aumentado en España el consumo de cannabis de forma preocupante en adolescentes, podrían estar afectados por este consumo ya unos 83.000 entre 14 y 18 años que representarían al 16 % del consumo anual y al 3,8 % de todos los adolescentes en este grupo de edad según datos del Plan Nacional sobre Drogas. “Es obvio que tenemos un problema con el cannabis”, reconoce el Delegado del Gobierno en la materia, recordando que es la “segunda prioridad” del Ministerio de Sanidad en materia de drogas después del consumo de alcohol en la adolescencia. Cada vez hay más evidencias de que su consumo no es inocuo, ya que está demostrado el daño neuronal en diferentes áreas, alteraciones de la memoria y el aprendizaje, multiplica por 5 el riesgo de psicosis y puede generar adicción, hasta en el 10 % de los adolescentes que se inician y hasta en un tercio de los que lo consumen habitualmente.

Niños y adolescentes, autismo y conexiones neuronales

Los niños y adolescentes con autismo tiene un superávit de sinapsis en el cerebro, debido a la disminución de un proceso de “poda”, que debe producirse en el mismo durante el desarrollo, según un estudio realizado por neurocientíficos de la Universidad de Columbia en Nueva York. Durante el desarrollo del cerebro, en la infancia, se produce una explosión de la formación de sinapsis, especialmente en la corteza cerebral, una región implicada en comportamientos autistas, pero el proceso de poda elimina aproximadamente la mitad de estas sinapsis corticales durante la adolescencia tardía. Un exceso de sinapsis puede tener efectos en el funcionamiento cerebral, como se publica en la revista *Neuron*. “Este es un hallazgo importante que podría conducir a una nueva estrategia terapéutica para el autismo”, afirma J. Lieberman director del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York. Los científicos también apuntan que la rapamicina, puede ser una esperanza terapéutica para el autismo en un futuro no lejano.

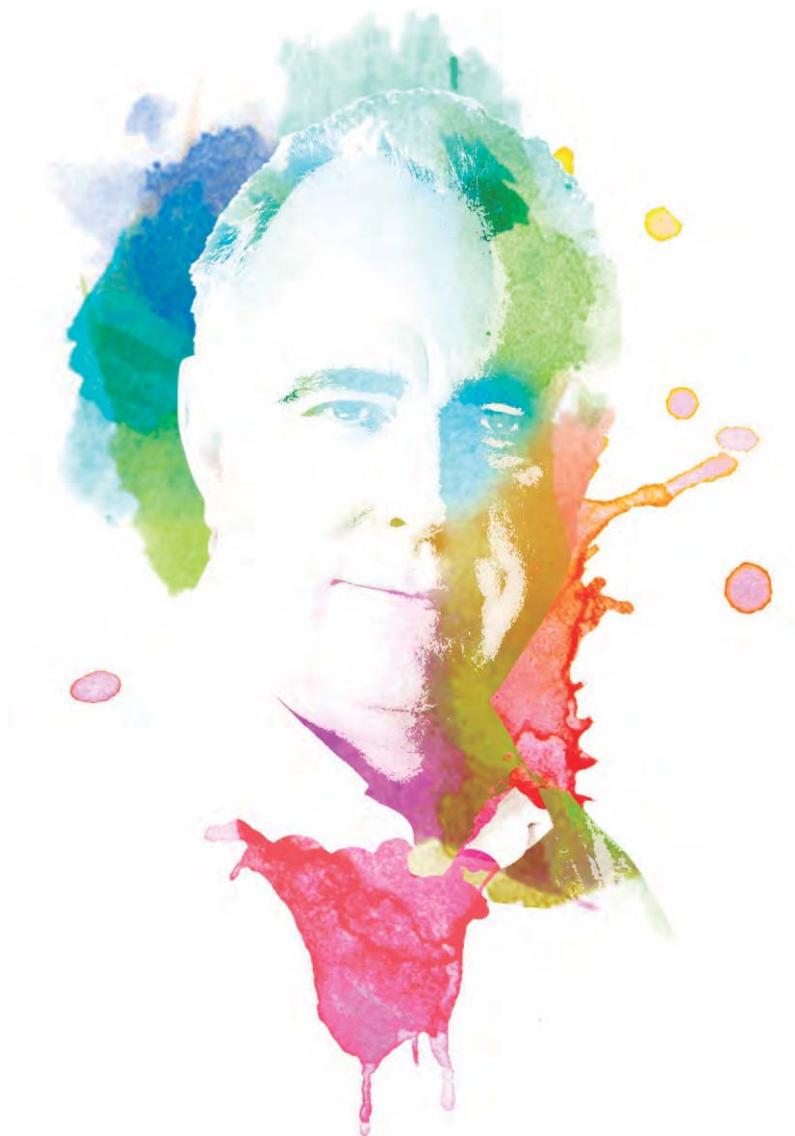
Respuestas correctas

Trastornos menstruales en la adolescencia: 1C, 2D, 3C, 4E, 5A

Apego y Adolescencia: 1E, 2C, 3C, 4E, 5B

Caso clínico: Trastorno menstrual:

- 1 C
La inmadurez del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal determina que en el primer año post-menarquia un 50% de los ciclos sean anovulatorios. El tiempo que tarda en regularizarse el eje parece estar relacionado con la edad de la menarquia: < 12 años; entre 12-13 años y > 13 años, siendo el 50% de los ciclos anovulatorios durante 1, 3 y 4,5 años respectivamente.
- 2 C
La metrorragia leve no requiere estudio de entrada pero sí controles cada 3 meses. La moderada sin compromiso hemodinámico puede tratarse con anticoncepción oral de entrada y diferir el estudio dependiendo de la respuesta al tratamiento.
- 3 E
Una metrorragia que se inicia desde la menarquia requiere descartar todas las patologías enunciadas.
- 4 C
Si en el control a los 3 meses no ha remitido la metrorragia se podría iniciar un tratamiento con anticoncepción oral.
- 5 E
La metrorragia severa con compromiso hemodinámico siempre requiere hospitalización hasta controlar el sangrado y para valorar la necesidad de realizar una transfusión.



In Memoriam

El modo en que conocí a Josep fue curioso. Le vi por primera vez en el aeropuerto de Madrid, yo iba hacia mi primer congreso de Medicina de la Adolescencia que se celebraba en Jerez de la Frontera, era el año 1993. Me llamó la atención aquel hombre alto, vestido con traje oscuro y corbata y un rostro de niño grande dibujando una sonrisa. Yo no sabía quién era pero su imagen me quedó grabada y hete aquí que cuando llego a mi destino, en el hall del Congreso allí estaba él, saludando, hablando con todo el mundo, riendo de manera peculiar. Entonces me entero de que aquel hombre era el Dr. Josep Cornellà uno de los organizadores del anterior congreso, celebrado precisamente en su ciudad natal Girona y uno de los fundadores de la Sección de Medicina de la Adolescencia de la AEP, distinguido pediatra, doctor en medicina, experto en adolescencia y paidopsiquiatría. Mientras recordaba esto abría el libro de comunicaciones del Congreso y vi que figuraba como vocal de la Junta Directiva y conferenciante con el tema: *Screening en la Adolescencia de la mesa redonda sobre Valoración Clínica del Adolescente*. Aunque no recuerdo que tuviésemos ninguna conversación durante el congreso, de regreso en Madrid, otra vez en el aeropuerto y él marchando para coger su vuelo a Barcelona me saludó desde lejos con la mano y su sonrisa. Ya nos conocíamos.

Tuvimos muchas ocasiones de hablar y compartir en todos estos años desde entonces y uno se apena hoy de que no hubieran sido más, porque sus valores humanos y científicos eran amplios y firmes; se aprendía de él en todo momento como supongo él lo hacía de los demás, y no había para él ninguna sugerencia o proposición que no fuese motivo de consideración. Su conversación era rica en matices, profunda en conocimientos y de dialéctica inteligente, pero además unía a todo ello esa sagacidad del hombre "listo" esa inteligencia política para manejarse entre la maraña de las opiniones y los intereses diversos; se encontraba, es mi parecer, a gusto metido en la "pomada" de aquello que consideraba importante y era firme en tomar decisiones, en atraer a los demás hacia los proyectos que intentaba desarrollar y que eran siempre interesantes y bien reflexionados. Era moderado en las maneras, pero contundente en sus convicciones y por todo esto pronto fue una piedra clave en la Sociedad de Medicina de la Adolescencia al igual que otros colegas que componían el núcleo dinamizador de la Sociedad.

En una visita que le hice en Girona me llevó al monasterio de San Pedro de Rodas, una impresionante abadía situada en la ladera del monte cerca del cabo de Creus, me enseñó el vasto edificio y recorriéndolo me explicó toda la historia del monasterio, de las reliquias algunas atribuidas al apóstol S. Pedro que habían sido trasladadas por barco desde Roma para protegerlas de las invasiones bárbaras en el siglo VI d.C. y que fueron descubiertas en el muro de la cripta del monasterio siglos después... todo explicado al detalle con entusiasmo y delectación. Escuché fascinado el relato y al final entre risas ideamos una historia en la que un cristiano y un rabino (nuestros alter ego) investigaban los misterios del monasterio al modo de "El nombre de la Rosa". El humor estaba también entre sus capacidades. Mostraba un gran conocimiento de su tierra y la conocía en profundidad tanto su orografía como sus monumentos, historia, tradiciones y arte y ese conocimiento demostraba su amor hacia ella. Pero su curiosidad por saber se extendía más allá de su tierra, cuando venía a Galicia me sorprendía el conocimiento que tenía sobre todo lo gallego que a menudo sobrepasaba mi sapiencia sobre determinados temas locales.

Josep era un hombre trabajador y disciplinado, atendía su consulta, preparaba sus trabajos y conferencias y escribía regularmente en el "Diari de Girona" (lo hizo durante 18 años) artículos dedicados a diversos temas relacionados con la educación y la pedagogía y desde luego también con la medicina, la adolescencia y juventud abordando todos los temas de interés y de actualidad; una selección de los mismos se convirtieron en el libro "Hablemos de la Adolescencia" que contiene una información valiosísima para los padres y los profesionales que conviven o tratan adolescentes. Fue el promotor de la idea de la atención de los adolescentes en el Colegio o Instituto, una consulta que era abierta, sin previa cita en la que el joven podía plantear sus dudas y recibir orientación sobre sus problemas. Una atención que hoy día se hace más necesaria que nunca. Su formación como Psiquiatra de Adolescente era constante acudiendo a las citas de los congresos y reuniones que lo consolidaron como un profesional de gran relevancia en la materia, y... todavía tenía tiempo de pintar sus soldaditos de plomo, caminar y leer y no sé cuantas cosas más.

Josep era un hombre religioso pero sin dogmatismos, era un exégeta de los textos sagrados y al mismo tiempo un hombre del siglo XXI, Su amor religioso se traducía en su honradez social y lo religioso se compatibilizaba perfectamente con su sentido de la modernidad, y gracias a ello recibíamos los amigos sus deliciosas felicitaciones navideñas en las que reclamaba con ternura esos bienes inmateriales que nutren el espíritu del hombre: Amor y paz. Quiero creer que esa sonrisa que compartía con todos y esa capacidad de mirar hacia delante con convicción y alegría era fruto de esa fe.

Además compartía su vida con una mujer que poseía sus mismas cualidades, Rosa, su colaboradora, su apoyo, su amiga y amante esposa. En el dolor de esta grandísima pérdida queremos mostrar nuestro afecto y apoyo a su esposa y a sus tres hijos.

Siguiendo con los méritos y aunque no se trata aquí de glosar el *curriculum* de Josep Cornellà, conocido por todos, debo mencionar algunos de sus logros: Presidente de la Sociedad de Medicina de la Adolescencia (1996-2004) y luego Presidente de Honor de la Sociedad, Asesor en Salud Mental del Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), Secretario de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe, Miembro de las Sociedades de Pediatría, Psiquiatría Infantil y otras sociedades. Sin embargo más que todo esto y su abultado repertorio de publicaciones, mesas redondas y conferencias está la figura del hombre con convicciones y amor por su trabajo con los adolescentes y su personalidad dinámica, creadora y bondadosa.

El "Molt Honorable" Josep Cornellà i Canals (así le llamábamos los amigos) permanecerá con nosotros en su abundante y magnífico legado y en el recuerdo de los muchos acontecimientos que compartimos.

Con todo nuestro cariño, un abrazo Josep.

José Luis Iglesias Diz

Pediatra. Acreditado en Medicina de la Adolescencia.
Miembro de la SEMA.



sema

Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia