

adolescere

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

Volumen IV
ENERO 2016
Nº 1



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia



Sumario

Coordinadores

M.I. Hidalgo Vicario
L. Rodríguez Molinero
M.T. Muñoz Calvo

Consejo editorial

G. Castellano Barca (Cantabria)
L.S. Eddy Ives (Barcelona)
G. García Álvarez (Valladolid)
M. Güemes Hidalgo (Londres)
F. Guerrero Alzola (Madrid)
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. Sánchez Masqueraque (Madrid)

Junta Directiva de la SEMA

Presidenta

M.I. Hidalgo Vicario

Secretaria

M.J. Ceñal González-Fierro

Tesorero

L. Rodríguez Molinero

Vocales

L.S. Eddy
F. Notario Herrero
G. Perkal Rug
M. Salmerón Ruiz

Director de la Web

F. Guerre Alzola

Coordinadora editorial

M.I. Hidalgo Vicario

Diseño y maquetación

4monos.es

Editado por

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

03

Editorial

Grupo de trabajo de TDAH de la SEMA
L.S. Eddy Ives (coordinadora)

08

Tema de revisión

Situación de la adolescencia en la España actual
J.L. Iglesias Diz

17

Tema de revisión

Atención al adolescente. ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Dónde?
L. Rodríguez Molinero

28

Tema de revisión

¿Por qué una medicina basada en los valores? Una reflexión desde la ética
M. Sánchez Jacob

35

Tema de revisión

La incidencia de la Ley 26/2015 en la Ley 41/2002 sobre capacidad de los menores de edad en el ámbito sanitario
N. de la Horra Vergara

45

Protocolo

Supervisión de la salud del adolescente — Exámenes de salud
A. Redondo Romero

59

Caso clínico

Vómitos persistentes
G. Perkal Rug

64

Novedades bibliográficas

L.S. Eddy Ives, M.I. Hidalgo Vicario

68

Los padres preguntan

¿Debo poner a mis hijos adolescentes la vacuna contra la meningitis?
L. Rodríguez Molinero

70

Entre nosotros...

Carta de un hijo a su padre
Negrillo Tony

71

Noticias

76

Respuestas a las preguntas test

77

Crítica de libros

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



L.S. Eddy Ives (coordinadora)¹; J. Casas Rivero²; M.A. Fernández Fernández³; J.J. González Lajas⁴; M.I. Hidalgo Vicario⁵; L. Rodríguez Molinero⁶; J.A. Blumenfeld Olivares⁷

¹Pediatra. Máster psiquiatría infanto-juvenil. Centre Mèdic Sant Ramon, Barcelona; ²Pediatra. Hospital La Paz, Madrid; ³Neuropediatra. Hospital de Valme, Sevilla; ⁴Psicopedagogo y Maestro de Pedagogía Terapéutica. C. de Neuropsicopedagogía Clínica y Educativa PSICOTDAH, Salamanca; ⁵Pediatra. Centro de Salud Barrio del Pilar, Madrid; ⁶Pediatra. C.S. Huerta del Rey, Valladolid; ⁷Pediatra. Hospital El Escorial, Madrid.

Grupo de trabajo de TDAH de la SEMA

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad no requiere tarjeta de presentación, pero se han llevado a cabo algunos cambios o puntualizaciones en el DSM-5¹ con respecto a ediciones anteriores que conviene tener en cuenta:

- En la actualidad el TDAH se engloba en el apartado de los trastornos del neurodesarrollo (en anteriores DSM, se incluía en el epígrafe de trastornos de conducta).
- El TDAH comienza en la infancia y como requisito exige que varios síntomas estén presentes antes de los 12 años.
- Para el diagnóstico en adolescentes mayores de 17 años y adultos, se requiere un mínimo de cinco síntomas en cada grupo (5 en vez de 6 para la presentación con falta de atención y 5 en vez de 6 para la presentación hiperactiva/impulsiva).
- Asimismo, se debe especificar la gravedad actual (leve, moderado o grave).
- Se reconoce también su existencia en el adulto (en ediciones anteriores no).
- Varios ítems puntualizan la forma de presentación en los adolescente mayores y adultos:
 - o Con frecuencia evitan, les disgusta o se muestran poco entusiastas al iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, sobre todo cuando tienen que preparar informes, completar formularios, revisar artículos largos.
 - o Con frecuencia se distraen con facilidad por estímulos externos pudiendo incluir pensamientos no relacionados.
 - o Con frecuencia olvidan las actividades cotidianas como devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas.

- o Con frecuencia se muestran inquietos, con sentimientos interiores de nerviosismo, inquietud subjetiva o impaciencia.
- o Con frecuencia interrumpen o se inmiscuyen con otros, se meten en las conversaciones o se adelantan a lo que hacen otros.
- Para confirmar la presencia de la sintomatología los síntomas deben estar presentes en más de un entorno siendo recomendable consultar con informantes o paraprofesionales de otros contextos (escuela, actividades extraescolares, práctica privada).
- Es preciso tener en cuenta que la sintomatología puede minimizarse o estar ausente cuando el niño recibe recompensas frecuentes por comportamientos apropiados o se encuentra bajo estrecha supervisión, está en una situación novedosa, participa en actividades especialmente interesantes o tiene una estimulación externa constante como puede ser ante una pantalla electrónica, o cuando está en una situación en que interactúa cara a cara con otra persona como en la consulta o con un profesor particular.
- En la población general es más frecuente en el varón, con una ratio 2:1 (antes ratio 4:1).
- El DSM-5 menciona las consecuencias funcionales del TDAH, que básicamente son:
 - o Bajo rendimiento escolar, escasos logros académicos y rechazo social, mientras que en el adulto se asocian a menores rendimientos y logros laborales, mayor absentismo laboral y mayor probabilidad de desempleo.
 - o Mayor riesgo de desarrollar en la adolescencia un trastorno de conducta aumentando las probabilidades de abuso de tóxicos y riesgo de encarcelamiento en la adultez.
 - o Mayor riesgo de accidentes e infracciones de tráfico.
 - o Elevado riesgo de obesidad en individuos con TDAH.
- Se acepta la comorbilidad con el trastorno del espectro autista (aspecto que el DSM-IV no contemplaba, pero la evidencia clínica lo ha puesto de manifiesto).

Desde hace mucho, tanto los pediatras como los médicos y otros paraprofesionales dedicados a la adolescencia están luchando para que los afectados mejoren su calidad de vida y reciban una mejor asistencia médica y psicológica². Hoy en día, el diagnóstico todavía sigue siendo polémico, al coexistir ciertas corrientes que sostienen que se sobrediagnostica y se sobremedica. ¿A quién hay que tener en cuenta? ¿A los trabajos de investigación médica basada en la evidencia científica o a grupos o corrientes minoritarias sin base científica probada que afirman que el médico complace la fármaco-industria? Actualmente, disponemos de un abanico limitado de presentaciones farmacológicas para el TDAH (Metilfenidato de liberación inmediata, intermedia y prolongada, Lisdexanfetamina, y Atomoxetina) y en un futuro cercano se añadirá otra (Guanfacina). Y en este sentido, pudiera parecer hasta lógico el hecho de pensar que cada día existen más niños y adolescentes medicados, puesto que los nuevos fármacos permiten ajustar de una forma más eficaz el tratamiento atendiendo a las dificultades y necesidades de cada paciente, con el objeto de alcanzar mejores resultados y por ende, una mayor adherencia al tratamiento.

Hoy por hoy, se acepta internacionalmente que la prevalencia se sitúa alrededor del 5 %^{1,3}, pero en nuestro entorno, o por lo menos en la población infantil catalana menor de 18 años, en el año 2013, solo un 0,97 % de los niños atendidos en la sanidad pública recibieron dicho diagnóstico⁴, y además, no todos los niños diagnosticados recibieron tratamiento farmacológico. Por tanto, y tomando como referencia la evidencia de nuestro entorno, es obvio que los niños y adolescentes no están sobrediagnosticados ni sobremedicados.

No sería procedente concluir este editorial sin hacer mención a los puntos fuertes que suelen observarse en los adolescentes y adultos con TDAH, resaltando:

- Habilidad para hiperfocalizar cuando la tarea es interesante.
- Notorio nivel de energía que les ayuda a finalizar proyectos especialmente interesantes.
- Pensamiento veloz que les puede ser útil en situaciones de presión.
- Aprendizaje rápido. El adulto con su capacidad de hiperfocalizar y con su pensamiento presuroso suele ser muy veloz en el aprendizaje de nuevas tareas.
- Multitarea. Tienen la habilidad para desarrollar múltiples tareas o proyectos a la vez. Siguen activos como cuando eran pequeños pero en la adultez pueden mantener la mente diligentemente activa en varias tareas si son de su interés.
- Creativos. En general son muy creativos con capacidad de pensamiento más allá de lo evidente. El niño con TDAH capta información desde todas las direcciones distrayéndose con cada nueva información, pero el adulto es capaz de integrar mejor toda la información, y por tanto, proporcionar más alternativas ante un problema. Cuando no hay retos se aburre, pero si aparecen retos, crea y gestiona más soluciones.
- Buen observador del entorno. “Escanean” frecuentemente el ambiente ya que son personas activas, por lo que tienen una visión más global de las situaciones del entorno.
- Asume riesgos. Ante situaciones de estrés, su impulsividad les hace tomar riesgos para salir de dicha situación conflictiva. Son mucho más eficientes que las personas con un carácter reposado o inhibido que suelen analizar todos los pros y contras. Ellos actúan intuitivamente y con premura.
- Cualidades artísticas. En general, debido a que se sienten creativos, suelen tener capacidades o aptitudes para actividades artísticas (pintura, escritura, música, teatro, etc.).
- Aventureros. Debido a su elevada energía y que se sienten atraídos por los riesgos y los nuevos retos.
- Capacidad de comunicación. De niños su verborrea les podía acarrear muchos problemas en la escuela, pero como adultos suelen ser buenos comunicadores lo que les beneficia para muchos tipos de trabajo como es el comercial, educador/profesor, relaciones públicas, etc.
- Sensibles y cariñosos. Es una característica presente ya en la infancia y que suele persistir en la edad adulta.
- Imaginativos. Siempre están en busca de nuevos retos con una mente muy activa e imaginativa.
- Intuitivos. Probablemente debido a su impulsividad se dejan guiar por su intuición, desarrollándose ésta en un mayor grado.
- Sentido del humor. Muchos tienen un gran sentido del humor. En la etapa escolar algunos actúan como el “payaso de la clase”, lo que puede crearles muchos problemas en el aula, en cambio como adultos son personas divertidas haciendo que los demás aprecien su compañía.

Los objetivos de este grupo de trabajo de la SEMA son:

1. Difundir el conocimiento del TDAH y favorecer la formación en los diferentes niveles de atención.
2. Estructurar un plan unificado de actuación para la población infanto-juvenil según las GPC actuales.

3. Establecer una atención multi e interdisciplinar colaborando con el resto de profesionales implicados en la atención de estos pacientes tanto sanitarios como no sanitarios: pediatra, psiquiatra, neurólogo, psicólogo, pedagogo, padres, orientadores, educadores, etc.
4. Incidir de forma especial en la adolescencia, ya que reconocer durante esta época el trastorno puede ser más complicado: cambios de los síntomas nucleares, problemas para el diagnóstico y tratamiento, aumento de la comorbilidad, cambio al médico de familia, posible pérdida del paciente, etc.
5. Promover la participación en estudios dirigidos a mejorar el conocimiento, el tratamiento y las comorbilidades asociadas al trastorno.
6. Investigar alternativas pedagógicas más favorables para el Trastorno por Déficit de Atención.
7. Sensibilizar a todos los profesionales, la administración y la sociedad en general sobre la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz.

Sin duda, hoy en día, tenemos que seguir esforzándonos para mejorar la comprensión del TDAH, con el objeto de poder ofrecer medidas de apoyo eficaces tanto a la familia como a la escuela para mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes con TDAH, sin olvidar jamás los puntos fuertes de estos para que las intervenciones sean cada vez más eficientes.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Fernández Pérez M, Hidalgo Vicario MI, Lora Espinosa A, Sanchez Santos L, Rodríguez Molinero L, Eddy Ives LS et al. *La Atención Primaria y El Trastorno Por Déficit de Atención Con/sin Hiperactividad (TDAH): Consenso Multidisciplinar Y Evidencias Para La Puesta En Práctica*. ACINDES. Asociación Civil de Investigación y Desarrollo en Salud (2009). p. 1-24. Acceso 05-12-2015: <http://www.ffis.es/ups/TCIED1/tdahconsenso.pdf>.
3. Catalá-López F, Peiró S, Ridaó M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. *Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies*. BMC Psychiatry 2012, 12:168. Acceso 15-09-2015: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/168>.
4. Grupo de trabajo sobre el TDAH del Plan director de salud mental y adiciones del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. *Protol per al maneig del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) infantojuvenil en el sistema sanitari català*. Acceso 14-09-2015: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/TDAH/PROTOCOLTDAHFINAL_maig2015.pdf. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing, 2013.

Situación de la adolescencia en la España actual

J.L. Iglesias Diz

Pediatra. Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Santiago de Compostela.

Fecha de recepción: 6 de febrero 2016

Fecha de publicación: 29 de febrero 2016

Adolescere 2016; IV (1): 8-16

Resumen

El desarrollo de Internet y las redes sociales ha transformado el modo de vida actual y los adolescentes y jóvenes son sus principales consumidores lo que ocupa una buena parte de su tiempo libre y de estudio/trabajo. A través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) el joven vive inmerso en su virtualidad, se interrelaciona con otras personas o grupos lo cual les aporta información, divertimento y por supuesto también en ocasiones problemas. Aunque el uso de las TIC empieza a generar disfunciones entre los adolescentes, las preocupaciones habituales de los adultos, padres, educadores, pediatras siguen siendo las mismas: los trastornos alimentarios, el consumo de drogas, la sexualidad, la violencia y la asunción de riesgos, los trastornos psiquiátricos, el uso del ocio y la educación-el trabajo y el futuro de sus hijos/as.

Palabras clave: Adolescencia, TICs, sexualidad, drogas, trastornos psiquiátricos, ocio

Abstract

The development of internet and social media has transformed today's way of life. Adolescents and young people are its main consumers in whom it occupies a lot of their free time and study / work time. Through Information and Communication Technologies (ICT) youngsters live immersed in virtuality, interacting with other individuals or groups who provide them with information, amusement and sometimes problems. Although the use of ICT is starting to generate dysfunction among adolescents, the usual concerns of adults, parents, educators and pediatricians regarding adolescents remain the same: eating disorders, drug use, sexuality, violence and risk-taking, psychiatric disorders, leisure, education, work and the future of their children.

Key-words: Adolescence, ICT, sexuality, drugs, psychiatric disorders, leisure

Introducción

La Medicina de la Adolescencia no existe como una especialidad en España, sin embargo este grupo de edad (entre 10 y 20 años según define la OMS) presenta peculiaridades sanitarias y psicosociales; es una época de la vida en que ocurren muchas cosas; de manera bastante abrupta se producen cambios físicos característicos: aumento de peso y talla (estirón), aparición de los caracteres sexuales secundarios y cambios en la composición corporal y forma. También hay cambios en la percepción del entorno: aumenta el deseo de independencia, una gran preocupación por el aspecto físico y una búsqueda de relación, que se hace muy intensa, con sus iguales, el inicio de la sexualidad y una progresiva construcción de la identidad del adulto; todo ello hace que el adolescente se sienta a menudo abrumado por esos cambios físicos y psicológicos y por la adecuación a un entorno que considera a menudo hostil: padres protectores o controladores o severos; amigos y grupos que obligan a seguir "normas" que no siempre aceptarían, dificultades de relación, emocionalidad a flor de piel. El pediatra que lo atendió hasta ese momento también se encuentra con dificultades para encarar a este "nuevo" paciente que emerge del niño anterior. Los nuevos problemas que le traen por la consulta no tienen nada que ver con los achaques habituales del niño, el pediatra ya no se siente seguro y le cuesta hacer una buena atención: problemas nuevos, poco tiempo, poca formación en sexualidad, psiquiatría, psicología, endocrinología etc. Además tiene dificultades para conocer los contextos en los que el adolescente se mueve. El sistema de Salud no provee de una atención para estos pacientes, hasta los 15 los ven los pediatras, luego los médicos de familia. Otros especialistas intervienen en temas puntuales; psicólogos, psiquiatras también se ocupan de su atención.

La Medicina de la Adolescencia no existe como una especialidad en España, sin embargo este grupo de edad (entre 10 y 20 años según define la OMS) presenta peculiaridades sanitarias y psicosociales

A la ausencia de Especialistas encargados de la Atención a los Adolescentes se suma la dificultad que los adolescentes tienen para acudir en demanda de salud o ayuda. Estas dificultades proceden del propio sistema o de la percepción del propio adolescente. Estas dificultades son de manera sucinta:

- Burocratización del sistema. Para acudir a la consulta hay que citarse, identificarse y, a veces, contar a varias personas el problema antes de llegar al médico, y esto les provoca vergüenza.
- El adolescente no sabe dónde acudir.
- El adolescente niega o infravalora sus problemas.
- El joven no conoce los recursos sanitarios y, además, existe falta de coordinación entre estos.
- El adolescente necesita una atención multi e interdisciplinar¹.

A la ausencia de Especialistas encargados de la Atención a los Adolescentes se suma la dificultad que los adolescentes tienen para acudir en demanda de salud o ayuda

Según los datos del INE la población Adolescente en España ha decrecido de 2.550.000 a 2.200.000 entre 2000 y 2010 entre los 14 y 18 años². A continuación se exponen los principales problemas de los adolescentes.

Los problemas de los adolescentes

A. Adolescentes y TIC. Cyber Bulling y Grooming

Los adolescentes actuales están modelados por una nueva manera de ver el mundo. En menos de dos décadas pasamos de un mundo de conexión "lenta" a otro de conexión "rápida" El desarrollo de Internet y con ello de tecnologías para su uso desde cualquier lugar y en cualquier momento

El uso de las tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) es generalizado entre los Adolescentes y condiciona una forma de vida que contrasta con la de la generación previa a los "nativos digitales"

abrió las posibilidades de que a lo largo de un día realices múltiples conexiones con mensajes a amigos/as, envío y lectura de noticias, fotografías, creación de grupos, búsquedas, aprendizajes y todo ello creando redes. Esta nueva "realidad virtual" ha sido acogida con gran regocijo por adolescentes y jóvenes los llamados "nativos digitales" y con recelo por los más mayores "inmigrantes digitales"² que son reticentes en el uso y más torpes en la absorción de las nuevas tecnologías. Aproximadamente 19 millones de españoles están conectados con una media de 150 consultas diarias al teléfono móvil que cubre ya el 70 % de las comunicaciones. Y esto afecta a edades muy tempranas: A los 10 años tienen móvil el 30 %, a los 12 el 70 % y a los 14 el 83 %³.

Básicamente el móvil y ordenador se usan para conectarse a redes sociales (70%) y para mandar mensajes (52 %) En el Colegio el ordenador se usa mayoritariamente para escribir con un procesador de textos (45 %) y para hacer presentaciones con programas como Power Point (44%)⁴.

En un estudio el uso de Internet entre los adolescentes se distribuye de la siguiente forma: música 69 %, trabajos de clase 58 %, cultura y deporte: 42 %, eróticas (22% chicos y 0,9 % Chicas). El "enganche" a Internet es ya superior a la TV⁵.

Los problemas más comunes relacionados con el uso de las TICs son el Ciberbullying esto es el acoso a través de las redes sociales hecho por iguales y el más peligroso, el Grooming o acoso a través de redes hecho por adultos a niños y adolescentes con una clara intencionalidad sexual mediante un proceso que pasa primero por ganar la confianza del adolescente, obtener luego imágenes que la víctima le envía y la extorsión posterior de dar a conocer las fotografías comprometedoras.

Sin embargo según datos de la Fundación Vodafone y YouGov, España es el país que tiene una tasa más baja de ciberacoso entre menores de 18 años, un 8 %, frente a la media europea del 18 % con un máximo en Nueva Zelanda y EEUU con un 30% y 27 % respectivamente.

Otros aspectos que deben tenerse en cuenta es el tiempo abusivo de uso de los teléfonos móviles que junto con el uso de ordenador, videojuegos y TV pueden ocupar hasta 8 horas diarias⁶.

B. Consumo de drogas: Alcohol, tabaco y marihuana

Las tres drogas de abuso más importantes en la adolescencia son el alcohol, tabaco y cannabis

Las sustancias más consumidas por los adolescentes son el alcohol y la marihuana seguidas de las sustancias sedantes y a distancia la cocaína, "pastillas" y alucinógenos. Los mayores incrementos en la extensión del consumo de alcohol, tabaco y cannabis se produce entre los 14 y 15 años.

Las bebidas alcohólicas más frecuentemente consumidas son la cerveza (50 %), bebidas de alta graduación (28 %) y vino (20 %). En Europa, sin embargo, las bebidas que ocupan el primer lugar son las bebidas de alta graduación.

Una de las formas habituales de consumo de alcohol en los adolescentes es el de fin de semana con un consumo muy alto en pocas horas en forma del llamado "Binge drinking" o "atración" de bebidas. Casi el 35 % (15 a 29 a) ha tenido un "atración" en el último mes, Muchos de estos bebedores de fin de semana con un consumo elevado, pueden como los consumidores diarios tener consecuencias graves no siempre tenidas en cuenta⁷.

La marihuana sigue siendo la droga más consumida y la que tiene una percepción entre los adolescentes de más baja peligrosidad, sin embargo su consumo ha variado, se fuma más cantidad por persona y la concentración de Cannabis en las plantas es mayor.

En los adolescentes de 14 a 18 años las drogas que exigieron más tratamientos fueron cannabis (78,4 %) y cocaína (15,5 %)⁸. Un 81,2% habían tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 44,6% tabaco, un 35,2% cannabis y un 17,3% tranquilizantes⁸.

Sin embargo la multiplicación de sustancias de síntesis, fáciles de adquirir y baratas con efectos entaltógenos, estimulantes y/o alucinógenos plantea algunos problemas, desde el uso combinado con otras drogas (alcohol) hasta problemas muy graves, p.ej. un análogo de la petidina puede estar contaminadas por otra sustancia (MPTP) que puede causar Parkinson (permanente). También se observa un uso creciente de sedantes y ansiolíticos⁹.

C. Actividad sexual. ETS

Uno de los problemas que nos preocupan es la persistencia de una formación deficitaria en educación sexual, se mantienen viejos tabúes y aparecen otros nuevos lo que hace que persistan los problemas derivados de una inadecuada sexualidad: embarazo no deseado, ETS, abuso sexual, hipersexualidad etc. Las causas son múltiples¹⁰.

- La falta de información legitimada por la familia, la escuela y los profesionales de la salud.
- Las contradicciones de la sociedad en su concepción de la sexualidad en los adolescentes.
- Los nuevos mitos sobre la sexualidad.
- Los escenarios de ocio asociados al alcohol y las drogas.
- La ausencia de figuras de apego que sean modelo de las relaciones amorosas.
- La falta de una verdadera educación sexual.

Aunque la infección por VIH es más alta en España que la media de Europa las cifras en adolescentes son bajas: en menores de 15 años la tasa por cien mil habitantes es del 0,1 %, de 15 a 19 del 2,8 % y del 15,2 % entre 20 y 24 años. El 30 % de los casos de Sida ocurren por debajo de los 30 años¹¹.

La tasa de abortos descendió un 3,3 % (2013) la más baja en 7 años. Y las menores de 19 años fue de 12,23 frente a los 12,95 de 2012¹².

Según datos del Instituto Nacional Estadística (INE) correspondientes al año 2012, la tasa de fecundidad se sitúa en 12 nacimientos x mil adolescentes entre 15 y 19 años. Los datos más recientes publicados sobre la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo correspondientes al año 2013 y publicados en diciembre de 2014, aunque no especifican cifras sobre menores, señalan que del total de abortos, el 12,23% fueron de "19 y menos años"¹³.

D. Mortalidad, violencia, violencia de género

Los adolescentes no son los que cometen más delitos, estos son más frecuentes a partir de los 25 años y la condena más frecuente es por robo (41,3 % de los casos). El nº de delitos aumentó ligeramente desde 2007 (13.631 condenados) a 16172 en 2012. El grupo de edad con mayor nº de delitos es el de 16 y 17 años. Según sexo, el 82,5 % eran varones y el 17,5 % mujeres (14 a 17 años)¹⁴.

La muerte violenta es más frecuente entre los 15 a 19 años pero con una tasa de homicidios para los países desarrollados menor del 5 x 100.000 habitantes, siendo en algunos países his-

La educación sexual sigue siendo una asignatura pendiente, sin embargo son bajas las cifras de SIDA y la cifra de abortos en menores

Las primeras causas de mortalidad en los adolescentes está relacionada con los accidentes y el suicidio

panoamericanos de cerca de 40 x 100.000 Hab. o más. La mortalidad en la adolescencia está relacionada en primer lugar con causas externas (accidentes, lesiones autoinflingidas y homicidio), le siguen los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio y las derivadas de malformaciones congénitas¹⁴. Para jóvenes de 15 a 29 años, las causas externas representaban en los varones una tasa de 60 x 100.000 habitantes en 1999 siendo del 40 x 100.000 en el 2010. La tasa de suicidios en varones es del 12 x 100.000 en 1999 y se mantiene en 2010 al igual que en las mujeres donde la incidencia es más baja: 3 x 100.000¹⁵.

Una preocupación sobre la violencia es que los patrones de la violencia de género se reproducen en las relaciones entre jóvenes, aspecto que es preciso afrontar con profundidad para que la educación en la convivencia y el respeto entre las personas se interiorice como la normalidad y la única posibilidad. Toda la sociedad debe sentir alarma ante esta conducta que nos muestra como el machismo y la ignorancia sigue imperando a pesar de una educación que consideramos universal.

E. Trastornos alimentarios

Los Trastornos de Conducta Alimentarios (TCA) siguen siendo el problema psiquiátrico más grave en adolescentes. Por otro lado las cifras de sobrepeso y obesidad aumentan

Mientras la población infanto-juvenil presenta tasas de sobrepeso y obesidad cercanas al 40% en el extremo opuesto los TCA persisten con la mayor prevalencia que cualquier otra enfermedad psiquiátrica en la adolescencia. Además otros trastornos se van abriendo camino como la ortorexia y vigorexia, que plantean nuevos retos a la hora de la prevención y tratamiento.

Obesidad y sobrepeso. En el grupo de edad de 8 a 17 años, en 2012 la prevalencia de sobrepeso es del 26% y la de obesidad, del 12,6%; 4 de cada 10 jóvenes sufren exceso de peso. En el grupo comprendido entre los 8 y los 13 años, el exceso de peso supera el 45%, mientras que para el grupo de 14 a 17 años, el exceso de peso es del 25,5%. Este factor de riesgo cardiovascular aparece asociado a las clases sociales más desfavorecidas y con menos estudios¹⁶.

TCA. Anorexia y Bulimia. En el año 1935 la incidencia de Anorexia Nerviosa (AN) era del 7/100.000 aumentando a un 26,3/100.000 en 1984 con un aumento en las mujeres adolescentes¹⁷. La incidencia actual para Anorexia Nerviosa en EEUU es de 136 por 100.000 (2006), de 109 por 100.000 en Holanda (2006) y en Finlandia 270 por 100.000 (2007) para mujeres de 15 a 19 años¹⁸. Por lo tanto la incidencia de AN ha aumentado entre 5 y 10 veces desde los años 80.

En el 2000 en un estudio en el ámbito de toda la Comunidad de Madrid las cifras se habrían estabilizado¹⁹. En el 2000, según Toro en mujeres de 14 a 24 años la prevalencia es de 0,4 para AN, 1% para BN y 3,5% para trastornos no especificados²⁰.

En otro estudio en 2010 sobre 551 adolescentes con una media de 17,6 años Presentaron criterios diagnósticos de anorexia nerviosa del 0,9 %, 0,4-2,4% de bulimia nerviosa y del 2,9 %, y de otros TCA del 5,3 %.²¹ En un estudio en Canarias en 2015 empleando los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, la prevalencia para la anorexia nerviosa fue de 0,19%, para la bulimia nerviosa de 0,57% y para el trastorno de la conducta alimentaria no especificado de 3,34%.²² Aunque es muy difícil precisar por la disparidad de muestras en los estudios realizados desde el año 2000 parece que la prevalencia de los TCA se mantiene.

F. Marginación y pobreza

Uno de cada cuatro menores de 18 años está bajo el nivel de pobreza establecida en el 60 % de la mediana de la renta neta equivalente.

Para corregir esta carencia la familia actúa de colchón para proteger a los jóvenes sin trabajo: en el año 2000 el 41% de los jóvenes de 15 a 29 años dependía totalmente de la familia esa cifra es del 28 % en 2012 aunque otro 28 % depende parcialmente de su familia. Solo un 18 % en 2000 y un 20 % en 2012 eran totalmente autónomos¹⁵.

Si bien las situaciones de pobreza entre los jóvenes españoles han aumentado debido a los efectos que la crisis económica, sin embargo siguen siendo cifras que están por debajo de la media europea, debido a la dependencia residencial y económica de los jóvenes españoles. Sin embargo la crisis ha cambiado este escenario puesto que muchas de las familias que hasta ahora estaban sustentando a los jóvenes se están empobreciendo debido al desempleo y a la creciente precariedad salarial¹⁵.

La crisis económica ha hecho que aumenten los adolescentes que viven en rango de pobreza: Uno de cada 4 menores de 18 años

G. Escuela y preparación, trabajo

La escolarización universal ha mejorado la preparación de los españoles y el analfabetismo es anecdótico. Pero el advenimiento de nuevas formas de comunicación han generado un aislamiento de determinados sectores de la sociedad (en general de las personas mayores) que pueden ser considerados como "analfabetos" de las nuevas tecnologías pero eso no es óbice para que los adolescentes sufran las consecuencias del abuso de las TICs. Curiosamente encontramos que los escolares tienen niveles de comprensión lectora sorprendentemente bajos. Solo el 2 % de los adolescentes de 13 años son capaces de discriminar lo importante de lo accesorio en un artículo de internet⁴. España fue tradicionalmente un país con poca afición lectora y a pesar de que se lee más que en décadas pasadas, un 55 % de los españoles no lee nunca o casi nunca, los niños y adolescentes jóvenes son los que más leen pero es también en la adolescencia en donde se deja de leer²³.

El abandono escolar es otro problema que generará futuros trabajadores de baja cualificación, es posible que encuentren trabajo pero la mayor dificultad es que sin formación es casi imposible que mejoren en el futuro sus condiciones laborales. En España terminan la enseñanza secundaria alrededor de un 60 % de los jóvenes españoles por cerca del 80 % de la media europea. La independencia tardía también es mayor que en resto de Europa¹⁵.

El abandono escolar en España es de los mayores de la UE con la consecuencia de una peor formación de estos jóvenes y un acceso a trabajos de peor calidad

H. Trastornos psiquiátricos: depresión, ansiedad

La depresión se presenta como el paradigma de la enfermedad mental del adolescente, la sintomatología no difiere especialmente de la del adulto aunque su manifestación puede quedar solapada al considerarse algunos síntomas como propios de la "edad": las quejas somáticas, la falta de apetencia por hacer lo que antes le gustaba, desgana, irritabilidad, aburrimiento. Consideremos que algunos trastornos del comportamiento en los adolescentes se pueden corresponder con equivalentes depresivos, el adolescente intenta contrarrestar su experiencia depresiva desde la conducta opositora²⁴.

Los trastornos de ansiedad son también frecuentes en la adolescencia, la ansiedad de separación suele ocurrir en la niñez pero un 2 a 4 % de adolescentes pueden presentar este problema generalmente con antecedentes en la infancia, las fobias son más frecuentes en las mujeres (el doble aproximadamente), también el Trastorno de Ansiedad Generalizada es relativamente frecuente y un 15 % de los adolescentes (entre 12 y 17 años) sufren en algún momento una crisis de pánico²⁵.

La depresión sería la enfermedad paradigmática del Adolescente. También son frecuentes los trastornos de ansiedad

La lectura de libros que ocupaba un honroso 4º puesto en 1978 baja al 6º en 1990 y 2000 y al 8º en 2012

I. Actividad de Ocio

La evolución del ocio en los últimos 35 años es interesante: la inversión del tiempo libre era distinta en el año 1977 en donde ocupaban los primeros puestos por este orden: estar con los amigos, música, TV, leer libros, ver cine. En 1992: amigos, TV, música, familia, discos. En 2000: amigos TV, música, deporte, ver cine. En 2012: internet/ordenador, amigos, música, TV, descansar. La lectura de libros que ocupaba un honroso 4º puesto en 1978 baja al 6º en 1990 y 2000 y al 8º en 2012. La primera década del siglo XXI la realidad virtual desplaza al contacto directo con los amigos¹⁵.

El botellón es una actividad lúdica cuyo peligro estriba principalmente en la dificultad de control del acceso de menores al consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas. La educación en valores éticos y el establecimiento de los límites desde la niñez facilitaran mejor que ningún otro procedimiento la capacidad de decisión sensata de los adolescentes.

Epílogo

En un mundo que se maneja en la prisa más que en la reflexión, el adolescente se incorpora con relativa facilidad a él, aunque no todo lo que la sociedad de consumo nos ofrece aporta riqueza personal y formación. Vivimos asombrados ante la oferta de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) que nos presenta un mundo inabarcable y con gran capacidad para hacernos dependientes; sin embargo, la mucha información exige mayor capacidad para discriminar y vemos que ese exceso no ha creado humanos más sabios, por el contrario a veces tenemos la impresión de que es al revés. La baja capacidad de discriminación lectora, el abandono escolar, la dependencia de la familia, la precariedad en el trabajo son bases muy endeblas para desarrollarse en una sociedad por otra parte muy competitiva y exigente. Nunca el ser humano social se vio obligado a tomar tantas decisiones, la sociedad exige cambios constantes, trabajo a tiempo parcial, precariedad laboral, "multiactividad". Los adolescentes, los futuros adultos, necesitan hoy más que nunca el apoyo familiar, profesional e institucional si no queremos que pierdan la oportunidad de crearse un futuro mejor que si no se consigue, repercutirá irremediabilmente en la solvencia de la sociedad del mañana.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. Se estima que los 19 millones de españoles con móvil efectúan una media de consultas al día de:**
 - a) 1 a 10
 - b) 11 a 20
 - c) 21 a 40
 - d) 41 a 60
 - e) Más de 60

- 2. ¿Cuáles son las tres drogas más consumidas por los adolescentes?**
 - a) Tabaco, cannabis, "pastillas"
 - b) "Pastillas", alcohol, cannabis
 - c) Sedantes, alucinógenos, alcohol
 - d) Tabaco, alcohol, cannabis
 - e) Cocaína, alcohol, "pastillas"

- 3. La tasa de abortos sobre el global de las mujeres, en menores de 19 años fue en 2012:**
 - a) 5%
 - b) 10%
 - c) 12%
 - d) 15%
 - e) 20%

- 4. La prevalencia de la Anorexia Nerviosa en la población entre 14 y 24 años se sitúa aproximadamente en un:**
 - a) 0,1%
 - b) 0,4%
 - c) 0,6%
 - d) 0,8%
 - e) 1%

- 5. La palabra "Grooming" hace referencia a:**
 - a) Violencia de género
 - b) Acoso a un compañero/a
 - c) Agresión física
 - d) Acoso a un menor por parte de un adulto a través de las redes sociales con intencionalidad sexual
 - e) Remitir fotos comprometidas a través del móvil para denigrar a un compañero

Respuestas en la página 76

Bibliografía

1. María Salmerón, José Casas Rivero. *Problemas de salud en la Adolescencia. Pediatr Integral* 2013; XVII(2): 94-100
2. Genis Roca: *Cambios tecnológicos y Media en la Adolescencia. En: El Adolescente y su entorno en el siglo XXI. Cuadernos Faros* 2013 (5); 83-93.
3. INE. *Encuesta de los hábitos uso seguro de menores en Internet. Ministerio Interior.*
4. Andrés Sandoval Hernán. *Unidad de Investigación y Análisis de la Asociación para la Evaluación del Rendimiento Educativo.(IEA).*
5. Javier Elzo *Estilos de vida y valores actuales de la juventud. En "Adolescente y su entorno en el siglo XXI" Cuadernos Faros* 2011; 5: 95-119
6. Zigmun Bouman. "Sobre la Educación en un mundo líquido". *Conversaciones con Ricardo Mazzeo. Ed. Paidós: Estado y Sociedad.* 2013.
7. *Plan Nacional de Drogas* 2015
8. R. Molina Prado. *Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia Pediatr Integral* 2013; XVII(3): 205-216
9. Julia Gonzalez Alonso, Noelia Llorens Alexandre. *Las nuevas sustancias psicoactivas. Un reto para la Salud pública. El sistema español de Alerta Temprana. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e Igualdad.* 2014.
10. F. López Sánchez. *Sexualidad en la adolescencia. ¿Y qué podemos hacer con los diferentes agentes educativos? Adolescere* 2014; II (1): 24-34
11. *Vigilancia Epidemiológica del SIDA y VIH en España. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nov. 2015.*
12. INE. 2014
13. M.J. Rodríguez Jiménez. *Contracepción ¿qué necesitan los adolescentes? Adolescere* 2014 vol III (2): 69-79
14. INE. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* 2012
15. *Injuve: Informe Juventud en España* 2012.
16. José J. Sánchez Cruz, José J. Jiménez Moleón, Fidel Fernández Quiroga, María J. Sánchez. "Prevalencia de la Obesidad Infantil y Juvenil en España 2012. *Rev Esp Cardiol*: 66-5; 2013: 371-376.
17. Lucas AR, Berard CM, O'Fallun WM et. Al. "50 years trend in the incidence of Anorexia nervosa in Rochester Minn: A population based study". *Am Psychiatry* 1991; 148: 917-922
18. Anna Keski-rahkonen. "Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community". *Am j Psychiatry* 2007:164-168
19. "Encuesta de Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid* 2001; 7: 46-67
20. Toro J. "Detección de la Anorexia Nervosa en atención primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria.* Oct. 2001; 18-22
21. P. M. Ruiz Lázaro, M.P. Comet, A.I. Calvo, M. Zapata, M. Cebollada, L. Trebol, A. Lobo. *Prevalencia de Trastornos Alimentarios en estudiantes Adolescentes Tempranos. An Pediatr (Barc).* 2008;68(1):18-23
22. María Luisa Alvarez-Male, Inmaculada Bautista Castano y Lluís Serra *Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria Nutr Hosp.* 2015;31(5):2283-2288
23. *Federación de Gremios de Editores de España. Propuesta de plan Integral de Fomento del Libro y la Lectura.* Feb 2015.
24. J. Cornellá i Canals. "Patología Psiquiátrica prevalente en la Adolescencia". *Pediatr Integral* 2013; XVII(3): 197-204.
25. Santiago Perez Camarero, Nieves Rijo Mora, Álvaro Hidalgo Vega. *La Salud Mental en las Personas Jóvenes en España. Revista de Estudios de la Juventud. Injuve. N° 84 marzo 2009.*

Atención al adolescente. ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Dónde?

L. Rodríguez Molinero

Pediatra. Doctor en Medicina. Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Profesor Asociado de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

Fecha de recepción: 7 de febrero 2016

Fecha de publicación: 29 de febrero 2016

Adolescere 2016; IV (1): 17-27

Resumen

A pesar de ser la gran olvidada de los programas de salud que se practican en los centros de Atención Primaria y Hospitales, con la aparición de la "nueva pediatría" está aumentando el interés por ampliar los campos de trabajo, uno de ellos es la atención a la adolescencia. Fruto de este interés es la demanda de artículos y participaciones en congresos sobre quien, como y donde tratar a los adolescentes. En nuestro sistema de salud nacional con una asistencia excesivamente biomedicalizada cuesta desarrollar los programas sobre adolescencia preconizados por países donde nos llevan algunos años, no muchos, en este campo. Mientras no se admita que la edad pediátrica termina al menos a los 18 años va a ser difícil desarrollar esta asistencia de una forma eficiente. Partimos de diferentes declaraciones nacionales e internacionales donde plantean a las autoridades sanitarias las realidades de salud en los adolescentes y al mismo tiempo ofrecen mecanismos para intervenir. Solo falta que se dediquen recursos y se apliquen. Se empieza por buscar a los profesionales interesados, aprender algunas técnicas y buscar tiempo y espacio para trabajar. Tratar a adolescentes es un trabajo muy gratificante cuando se tiene en cuenta como son, que les gusta, como piensan y sienten.

Palabras clave: Adolescencia, Salud pública, Atención Primaria

Abstract

Despite being the most overlooked assistance within the health programmes followed in primary health care centers and hospitals, the emergence of "new programmes in pediatrics" is increasing the interest to expand certain work fields, such as the attention to adolescence. The result of this interest is the demand for participation and abstract submission to conferences about who, how and where to treat adolescents. Our national healthcare system promotes an excessively biomedicalized medicine, hence the difficulty in developing programmes for adolescence, which have been advocated by countries that are a few years ahead in this field. The development of an efficient assistance will only be possible if the pediatric age includes, at least, up to 18 years of age.

Different national and international statements have been directed to health authorities explaining the realities of adolescence health and providing the mechanisms to intervene. All that is needed is to invest resources and implement measures. The starting point is to identify interested professionals, learn certain techniques and find the time and space to work. Treating adolescents is a very rewarding job when some factors are considered such as: how they are, what they like and how they think and feel.

Key-words: Adolescence, Public Health, Primary Health Care

Introducción

La práctica asistencial tiene algunas lagunas que se apartan de las rutinas de la morbilidad habitual. Por ejemplo, nos interesamos poco sobre el sueño (siendo básico en la salud), en la sexualidad (siendo un componente importante del equilibrio emocional de las personas), en atender adolescentes (etapa crucial en la toma de decisiones sobre la salud) etc.

La atención al adolescente, es una asignatura pendiente de nuestro Sistema Nacional de Salud

La atención al adolescente, es una asignatura pendiente de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS)¹. Las razones son múltiples, y van desde que no se contempla en los programas de pre y postgrado que estudie y enseñe las características específicas de esta etapa, hasta que el propio SNS, interrumpe la asistencia a los 14 o 15 años, rompiendo el vínculo asistencial, fundamento de la eficiencia clínica. La asistencia del SNS está estructurada por grupos prioritarios como la infancia, el anciano o la mujer gestante y esta es otra de las razones por las cuales no existe un programa de atención integral al adolescente en ninguna de las etapas formativas de las facultades o del sistema MIR. Así las cosas, ser médico de adolescentes en España tiene mucho de voluntarismo. No obstante, hay un sentimiento generalizado de que algo está cambiando. Cada día hay más publicaciones y se solicitan más reuniones técnicas sobre cómo debería organizarse la asistencia a adolescentes. Este artículo es un ejemplo.

Es casi un axioma que la adolescencia es una edad de riesgo para su salud integral. En nuestro entorno económico-social-y-cultural siempre pensábamos que era el estilo de vida propio de la edad el responsable de esta situación. En el año 2011 una publicación en Lancet nos sorprendió a muchos². Datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud de 50 países de baja, media y alta renta entre los años 1995 y 2004 demostraron que la mortalidad en adolescentes de 15 años era 2 a 3 veces mayor que en menores de 10 años y que estas eran debidas a lesiones, es decir situaciones prevenibles. En todas las culturas y en todos los países de alta o baja renta tienen problemas similares relacionados con las características propias de la edad: impulsividad, desafíos, transgresiones, deseos de experimentar, bajo sentido del riesgo³...

En todas las culturas y en todos los países de alta o baja renta tienen problemas similares relacionados con las características propias de la edad: impulsividad, desafíos, transgresiones, deseos de experimentar, bajo sentido del riesgo...

Algunos ejemplos podrían ilustrar esta realidad. El escaso rendimiento escolar manifestado en los malos resultados del Informe PISA sobre la situación escolar en España y que desde décadas estamos ocupando los últimos puestos⁴. Los problemas de conducta familiar, escolar y social que llenan espacios en los medios, con más sensacionalismo que ganas de colaborar a su resolución. Los embarazos no deseados y el uso-abuso de la anticoncepción postcoital. El inicio cada vez más precoz en los hábitos nocivos de consumo de tabaco y alcohol. Son otros ejemplos de la falta de educación para la salud y promoción de la salud en la adolescencia⁵.

La mortalidad en España ha disminuido en los últimos 50 años en todas las edades, excepto en la adolescencia y juventud y muchas de esas causas son evitables. Las enfermedades crónicas

más prevalentes en adultos como hipertensión arterial, obesidad, enfermedades cardiovasculares también lo son en la adolescencia. Según la Encuesta Nacional de Salud en España hay un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Muchas causas de estos procesos crónicos tienen su inicio en adolescencia^{6,7,8}. La promoción de la salud y la prevención primaria de estas enfermedades harán que en el futuro mejoren los datos de “años de vida ajustados por discapacidad” (AVAD) y “años de vida potencialmente perdidos” (AVPP).

“Por otro lado, se sabe que aproximadamente dos de cada tres muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en los adultos están relacionadas con comportamientos que se inician durante la adolescencia. Por tanto, resulta fundamental realizar acciones preventivas en etapas tempranas que favorezcan una mejor salud de la futura población adulta disminuyendo una carga económica evitable a los sistemas de salud en el futuro. Esta vinculación entre salud y economía, nos permite reconocer a la niñez, adolescencia y juventud como etapas cruciales para intervenir en la salud de las personas.” (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2010).

Repasando las publicaciones de nuestro entorno científico, es difícil escribir algo nuevo, sobre el motivo de este artículo. Lo que falta es pasar al acto, sensibilizar y formar a profesionales, facilitar la asistencia mediante programas en cartera de servicios, y reservar tiempo, espacio y recursos para atender integralmente al adolescente^{9,10}.

Entre la doctrina de las sociedades científicas basada en pruebas, consenso y experiencia y las políticas sanitarias hay un largo trecho. De otra forma, entre lo que se escribe y lo que se hace hay mucha diferencia. Algunas referencias y declaraciones institucionales nos dan la razón: la Declaración de Santiago de Compostela (1999) de nuestra Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA) (Tabla I), la Declaración de Lima de la Asociación Latino Americana de Pediatría y la SEMA (ALAPE-SEMA) (Tabla II) o la de la Société Française pour la Santé des Adolescents (SFSA) (Tabla III) entre otras. El común denominador es llamar la atención a las autoridades de lo que supone el bienestar y el buen trato de los adolescentes en años de vida ajustados por discapacidad en términos de salud pública y al mismo tiempo ofrecer lo que somos capaces de hacer por ellos los profesionales.

De las diversas Declaraciones Internacionales sobre la atención a la adolescencia, el común denominador es llamar la atención a las autoridades de lo que supone el bienestar y el buen trato de los adolescentes

¿Quién debe atender a los adolescentes?

En Europa el límite asistencial del pediatra está en los 18 años. En algunos países están a cargo de los Médicos de Familia, en otros por Pediatras y en otros de forma mixta. El pediatra es el profesional mejor situado por estar acostumbrado a conocer sus cambios. No a todos los pediatras les gusta atender a adolescentes, sobre todo cuando los límites asistenciales han sido tan recortados. Cornellá propone que los profesionales que deseen atender a adolescentes deben responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Tengo una correcta y sólida formación clínica en aspectos somáticos (crecimiento y desarrollo) y psicológicos?
2. En caso negativo, ¿estoy dispuesto a reconocer mis áreas deficitarias y a adquirir una formación en ellas?
3. ¿Me siento cómodo y a gusto atendiendo adolescentes?
4. ¿Tengo capacidad para trabajar en un verdadero equipo interdisciplinario, aceptando la responsabilidad de seguir siendo el médico de referencia de mi paciente adolescente?
5. ¿Acepto la necesidad de formación continuada y de seguir los cambios que tienen lugar en la sociedad y en el perfil de los adolescentes?

Aunque sea una obviedad debe atender a adolescentes el que se crea competente y se encuentre a gusto con ellos

6. ¿He sido capaz de elaborar mi propia historia personal, de manera que estoy en condiciones de encarar los problemas cotidianos (sexualidad, violencia, drogas,...) con madurez, equilibrio y distancia?

Aunque sea una obviedad debe atender a adolescentes el que se crea competente y se encuentre a gusto con ellos. El Libro Blanco de las Especialidades Pediátricas publicado por la Asociación Española de Pediatría (AEP) en 2011 en el libro de ANEXOS, pág. 189, se publica el Programa para la Formación en Medicina de la Adolescencia para profesionales de la salud, pero se recomienda que se haga extensivo con las adaptaciones correspondientes a enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, abogados y políticos.

La European Confederation of Primary Care Paediatrician (ECPCP) en el año 2015 relata los conocimientos y habilidades de los pediatras que trabajen en el ámbito de la Atención Primaria dedicando una parte importante al conocimiento, comprensión y habilidades en la atención al abuso de sustancias¹¹.

Tenemos pues bien desarrollado lo que llamaríamos aptitud del profesional. Pero en Medicina del Adolescente la actitud es algo para lo que los pacientes son extremadamente sensibles y de ello va a depender nuestra eficiencia. Cuando elegimos ser médico y mostramos interés por esta dedicación, de alguna manera intuíamos el placer que supone atender a los muchachos de 10 a 18 años. En alguna ocasión dejé escrito lo que ahora transcribo: *"Ser médico es una actitud en la vida, y un compromiso con la sociedad a través de la profesión. Es difícil definir al médico que decide atender a adolescentes. De la misma manera que hay tantas formas de vivir la adolescencia como adolescentes, los profesionales de la medicina dedicados a la adolescencia ejercemos la profesión de maneras muy diferentes. A todos nos caracteriza el querer ayudar a los pacientes. Esta relación de ayuda tiene una parte técnica y otra humanista. Pocas veces en el ejercicio de la medicina estas dos vertientes están tan ligadas como en el trato con los adolescentes y sus problemas de salud"*.

En Medicina del Adolescente la actitud es algo para lo que los pacientes son extremadamente sensibles y de ello va a depender nuestra eficiencia

Siempre en Medicina debemos considerar los principios morales de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto por autonomía, pero tratando a adolescentes con más razón.

Los profesionales debemos comportarnos como adultos y tener resueltos nuestros problemas de la adolescencia y reconocer nuestro papel paternal sustitutorio como consecuencia de la ausencia de una figura parental funcional, aunque este papel es muy criticado, lo cierto es que en algunas circunstancias de familias desestructuradas da buenos resultados¹².

¿Cómo se debe atender a los adolescentes?

La relación clínica, también conocida como relación médico-paciente, cambia con los cambios sociológicos (diferentes tipos de familias...), las culturas, las modas, los niveles sociales, los ámbitos de trabajo (medicina pública, privada, hospital o atención primaria)... la Society for Adolescent Medicine recomienda que siempre se tenga en cuenta los siguientes valores: disponibilidad, visibilidad, calidad, confidencialidad, satisfacción, flexibilidad y coordinación¹³. En otras palabras, se trata de favorecer el encuentro, evitar la presencia de los padres en algún momento especial, darles responsabilidad para su curación y explicar la situación que padecen.

Los adolescentes son pacientes muy incómodos por sus características personales. Por eso, los que deciden atenderles deben conocerlo para que así no se sientan sorprendidos. Como en todas actividades humanas se exige unas motivaciones tanto externas (prestigio, reconocimiento

social,...) como internas (satisfacción, autorrealización,...). En esta especialidad las motivaciones internas van a ser muy determinantes¹⁴.

La filosofía positiva es un valor de muchos médicos que atienden a adolescentes. Algunas actividades en medicina de la adolescencia tienen que ver con el voluntarismo y la postura ética más que con las exigencias formales del Sistema Nacional de Salud. Las consecuencias de esta actitud son el sentirse bien, el buen humor y la alegría. Esto potencia y facilita más voluntarismo, neutralizando las emociones negativas de ansiedad o miedos. Nuestra vida así subirá puestos en la escala de Maslow.

En ocasiones podemos pensar que los adolescentes no necesitan nada, que van sobrados de todo y que es nuestro paternalismo lo que nos induce a actuar de esa manera. Pues bien, esto no es así y la experiencia indica que en un 20% necesitan ayuda, orientación, estímulo y adaptación a una familia, un sistema y una sociedad compleja no siempre justa y cada vez más sofisticada y exigente¹⁵.

En el trato asistencial debemos identificarnos como profesional, cual es nuestra dedicación. Explorar como le gusta al adolescente que le llamen, es una buena forma de empezar, observar impresiones más relevantes y ser lo más cálido posible de forma que facilite la entrevista.

Silber describe tres modelos de asistencia a adolescentes¹⁶:

Activo-pasivo. El médico “actúa” sobre el paciente y este no es capaz de responder. Igual que los padres ente el recién nacido.

Guía-cooperación. El médico recomienda un tratamiento y el paciente obedece. Es lo que pasa entre al padre y el niño escolar.

Participación mutua. El profesional orienta al paciente, para que este se ayude a sí mismo. En la vida normal es la relación adulto-adulto.

Hay tantos tipos de adolescentes como adolescentes hay y en cada caso nos exige habilidades distintas. Los hay habladores, callados, emotivos, opositoristas, agresivos, displicentes, indiferentes etc., pero siempre abiertos a facilitar el diálogo, sin juzgar, con la máxima empatía posible, pensando en la posibilidad de otras entrevistas donde nos encontremos un adolescente distinto.

La neutralidad es una característica básica que nos ayuda a no tener prejuicios ni planteamientos morales distorsionantes. La asistencia convencional se hace a horas en que los adolescentes suelen estar en los colegios o institutos y nuestras consultas suelen estar muy concurridas por esto habrá que buscar tiempos largos y disponibilidad a horas extraescolares.

La vida del médico también se desarrolla entre el tiempo-espacio y esto hay que considerarlo sobre todo cuando hablamos de tiempos largos. Entre la exigencia y nuestra limitación, no tenemos resuelto el conflicto. No es fácil.

El respeto a la autonomía del adolescente es un principio elemental en la relación con él. Darle información y capacitación para que desarrolle la responsabilidad de sus decisiones.

La confianza, genera confidencialidad y esta exige mantener la discreción y el secreto de lo que conocemos sin la cual no habrá eficiencia clínica. El secreto médico es un derecho de los pacientes y está contemplado en las leyes. Su vulneración puede ocasionar problemas con la Justicia.

En esta especialidad las motivaciones internas van a ser muy determinantes

Hay tantos tipos de adolescentes como adolescentes hay y en cada caso nos exige habilidades distintas

La confianza, genera confidencialidad y esta exige mantener la discreción y el secreto de lo que conocemos sin la cual no habrá eficiencia clínica

Tema de revisión

Atención al adolescente. ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Dónde?

En la HC se descubren los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, y se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades clínicas, éticas y jurídicas del médico

El método que usamos en el trabajo es la Historia Clínica (HC). A través de ella establecemos una relación humana-profesional tan profunda como cada uno quiera. En la HC se descubren los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, y se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades clínicas, éticas y jurídicas del médico. La propia entrevista genera efectos curativos al crearse un vínculo afectivo y emocional que genera sentimientos reconfortantes, estimulantes y positivos¹⁰.

¿Dónde se debe atender a los adolescentes?

Actualmente a los adolescentes les atendemos en el SNS (nuestro gran patrón) y el espacio es el mismo que se usa para el resto de la población sea el nivel asistencial que sea, atención primaria, hospital o especialidades. Casi siempre junto a otras edades, niños, adultos, incluso ancianos.

Es más importante el tiempo y la persona que el espacio donde se produce el encuentro médico-adolescente

No se entiende fácilmente como a partir de 14-15 años los pacientes pasan a otros ámbitos asistenciales. Esta norma impide la asistencia integral al adolescente. No tiene fácil solución y será así por muchos años en detrimento de la calidad asistencial y eficiencia clínica. Somos corredores de fondo y mientras no cambien las cosas seguiremos reclamando una atención integral e inteligente a estos muchachos. Sin embargo, el adolescente entiende cómo es el espacio donde el acude a consulta, lo que le cuesta más entender es el poco tiempo que se le presta. Es más importante el tiempo y la persona que el espacio donde se produce el encuentro médico-adolescente¹⁷.

Tablas y Figuras

Tabla 1. Declaración de Santiago de Compostela. 1999

http://www.adolescenciasema.org/ficheros/boletin_adolescere/hemeroteca/boletin_19.pdf

1. Aceptar como edad de la adolescencia la segunda edad de la vida 10-19 años según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Debe hacerse de forma flexible pues hay evidencia de comienzo puberal antes de esa edad y problemas que no se resuelven antes de los 20 años.
2. Se recomienda la utilización de una historia clínica unificada basada en el sistema informático del adolescente (SIA-OPS), incluyendo aspectos actualizados. Esto debe permitir un mejor enfoque biopsicosocial con fines asistenciales, de docencia e investigación.
3. Se considera prioritario que en la curricular del pregrado médico, la asignatura de Pediatría incluya la salud integral del adolescente con un enfoque a la prevención y a la promoción de la salud y su correspondiente evaluación.
4. Se recomienda el enfoque en otras asignaturas de pregrado de estudios sobre adolescencia.
5. En los estudios de especialización de postgrado de Pediatría debe dedicarse un periodo importante del mismo a la adolescencia, tanto en el área hospitalaria como extra hospitalaria.
6. Se considera importante que en la especialización de otras áreas de la medicina, o de otras profesiones no médicas, que tengan relación con el adolescente se incluyan enseñanzas específicas sobre la misma...
7. El pediatra debe ser, por su formación y vinculación al niño y la familia desde el periodo prenatal hasta finalizar el crecimiento y desarrollo, el profesional idóneo para coordinar el equipo de salud que asiste al adolescente...
8. Debe establecerse una certificación oficial de reconocimiento de capacitación en Medicina del adolescente...
9. Se considera imprescindible la educación continuada en el área de la salud del adolescente.
10. Se considera prioritaria la asignación de más recursos humanos y de infraestructuras en la pediatría hospitalaria y extra hospitalaria para la atención al adolescente...

Tabla 2. Declaración de Lima. Alape – Sema. 2010

1. Apoya las iniciativas de los gobiernos que han promovido y creado Programas Nacionales de Adolescencia. Insta asimismo a hacerlo a quienes no los hayan efectivizado a la vez que solicita una particular atención a aquellos gobiernos que no les estén asignando los recursos y el apoyo que los mismos merecen.
2. Observa con preocupación la persistencia, en países de la Región, de una legislación obsoleta que atenta directamente contra la implementación de diversos Derechos en los y las adolescentes, particularmente en lo referido a la confidencialidad y a la Salud Sexual y Reproductiva.
3. Observa progresos en el reconocimiento de la población adolescente con necesidades específicas para el periodo de desarrollo y crecimiento, sin embargo es necesario que se evidencien en la presencia de Programas, Planes, y Políticas en la mayoría de los países de la región con diferentes niveles de desarrollo, evaluación y seguimiento.
4. Apoya la realización de nuevas investigaciones que generen evidencias científicas y sociales que den sustento a programas y proyectos.
5. Apoya la utilización de la tecnología de información y comunicación en el trabajo con adolescentes y jóvenes.
6. Preocupa la falta de continuidad en Políticas y Programas en la mayoría de los países, lo cual implica no haya un desarrollo sostenible y progresivo de los mismos.
7. Exhorta a fortalecer y renovar el compromiso de los decisores, líderes políticos, representantes de la sociedad civil, formadores de opinión pública, autoridades académicas, con el desarrollo de adolescentes y jóvenes garantizando políticas de estado traducidas en acciones priorizando educación, salud, empleo digno y el ejercicio pleno de su ciudadanía y generadas con participación juvenil y con un plan de monitoreo y evaluación.
8. Exhorta a promover la incorporación del tema Desarrollo y Salud de Adolescencia y Juventud en el currículo de pre y post grado de las profesiones relacionadas con la atención integral de este grupo poblacional para asegurar personal capacitado.
9. Exhorta a incorporar el enfoque de juventud en todas las políticas públicas generadas en los diferentes países de la región.

Firmado por: *Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, España, México, Perú, Portugal, Uruguay, Venezuela*

Tabla 3. Manifiesto sobre la salud de los jóvenes. 2011

<http://manifeste-sante-jeunes.blogspot.com.es/p/manifeste-pour-la-sante-des-jeunes.html>

Nosotros, los profesionales que trabajamos en diferentes campos de la salud de los jóvenes, pedimos la puesta en práctica de una verdadera política de salud integral de la juventud a nivel nacional, dotada de medios sostenibles y con amplio compromiso social.

Ofrecemos:

- Fortalecer y desarrollar medidas preventivas para la salud de los jóvenes de todo el país.
- La acogida, la escucha y el acceso general a los servicios de salud para los jóvenes; inscripción gratuita, el acceso a la totalidad del territorio, sin pago adelantado, la confidencialidad, el anonimato si es necesario.
- Qué sean reforzados los servicios en la escuela, la universidad, incluyendo el aumento del número de médicos y enfermeras de las instituciones.
- Que las estructuras de planificación familiar estén equipadas y adaptadas a las necesidades de los adolescentes.
- Establecer el principio de prevención en la consulta de la práctica pública y privada a largo plazo, teniendo en cuenta los principales riesgos en la adolescencia.
- Buscar lugares de ambulatorio y de hospitalización dedicados a psiquiatría y medicina del adolescente, junta o separada, y que promuevan el desarrollo de la investigación.
- Que se fortalezcan las estructuras de interrelación: cuidado de niños, la escucha y la atención especial a los adolescentes y adultos jóvenes, las estructuras sociales, de salud legal, psiquiátrica y, con el objetivo de desarrollar la continuidad en el hogar, orientación y apoyo a los jóvenes, sino también el cambio de la práctica profesional y el examen de las situaciones difíciles.
- Asegurar la formación de profesionales de la salud y trabajo social en el campo de la adolescencia y que se reconozca como especialidad.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. ¿Cuál cree que son algunas de las razones por las que no se contempla la adolescencia en los programas de salud?**
 - a) No se estudia en los planes de pre y post grado
 - b) Se interrumpe la edad asistencial a los 14 años
 - c) Hay otros programas prioritarios
 - d) Sólo la a
 - e) Son correctas la a, b y c

- 2. ¿Cuál de las afirmaciones sobre la adolescencia mundial son adecuadas?**
 - a) Solamente es un problema en la Sociedad Industrial y de consumo
 - b) Sus dificultades tienen que ver con las sociedades pobres
 - c) No hay diferencias con otros grupos de edad
 - d) Se dan en todas las sociedades de alta, media o baja renta
 - e) Ninguna es cierta

- 3. ¿Qué habilidades clínicas crees que se necesita para ser competente en la atención a adolescentes?**
 - a) Tener una correcta y sólida formación clínica en aspectos somáticos (crecimiento y desarrollo) y psicológicos
 - b) Estar dispuesto a reconocer las áreas deficitarias y corregirlas
 - c) Sentirse cómodo y a gusto atendiendo a adolescentes
 - d) Tener capacidad para trabajar en equipos multidisciplinar
 - e) Todas ellas

- 4. Desde el punto de vista de la filosofía positiva, cual es un valor de muchos médicos que atienden a adolescentes:**
 - a) Algunas actividades en medicina de la adolescencia tienen que ver con el voluntarismo
 - b) Otras actividades están relacionadas con la postura ética
 - c) Lo más importante es seguir las directrices y exigencias formales del Sistema Nacional de Salud
 - d) Las consecuencias de esta actitud son el sentirse bien, el buen humor y la alegría
 - e) Son ciertas la a, b y d

- 5. Respecto al lugar donde consultan los adolescentes:**
 - a) El adolescente entiende cómo es el espacio donde se le atiende
 - b) Tardarán muchos años en que se creen programas específicos que contemplen la "atención integral al adolescente"
 - c) Lo más importante es el tiempo que el adolescente necesita para que se sienta a gusto
 - d) La a, b y c son correctas
 - e) No tienen porque quejarse ya que son una edad privilegiada de la vida

Respuestas en la página 76

Bibliografía

1. Hidalgo Vicario, I. En: Editoriales, Situación de la medicina de la adolescencia en España. *Revista Adolescente* Vol 2 N° 1 enero-febrero 2014.
2. Viner RM, Coffey C, Mathers C, Bloem P, Costello A, Santelli J, et al. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. *Lancet*. 2011;377(9772):1162-74. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60106-2 pmid:21450338.
3. WHO (World Health Organization). *Programming for Adolescent Health and Development Report*. 1999: 886-99.
4. Ministerio de Educación, cultura y deporte. Instituto Nacional de Evaluación educativa. 2012. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/inee/estudios/pisa.html>
5. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Nota descriptiva n° 435. Mayo 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
6. Salmeron Ruiz M.A., Casas Rivero J. *Pediatr Integral* 2013; XVII (2): 94-100. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-03/problemas-de-salud-en-la-adolescencia/>
7. Casas Rivero J, Redondo Romero A, Jurado Palomo J. Problemática y patología en la adolescencia. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J, eds. *Pediatría Extrahospitalaria*. Madrid: Ergon; 2008. p. 791-8.
8. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, recién nacido, niño y del adolescente. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
9. Castellano G, Hidalgo I. Entrevista clínica del adolescente. En: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, eds. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2012. p. 11.
10. Rodríguez Molinero. La entrevista clínica con el adolescente. *Pediatr Integral* 2013; XVII: 128-132.
11. Currículo de formación de pediatría de atención primaria. https://www.aepap.org/sites/default/files/curriculo_europeo_traducido.pdf
12. Silber TJ. Paternalismo justificado en el cuidado de la salud del adolescente. Casos de anorexia nerviosa y abuso de sustancias. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* 1991; IV (1-2): 14-19.
13. Pedro Laín Entralgo. *La Relación Médico Enfermo*. Madrid. Alianza Editorial
14. *Psicología de la Motivación*. Diego Jorge González Serra. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2008
15. Domínguez, B. y Valdivia, C.: *La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI*. Informe SESPAS 2012. *Gac. Sanit.* 2012; 26(S):82-87
16. Silber TJ. Perfil del médico que atiende a adolescentes. En: M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero y G. Castellano Barca. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. 2ª Edición Ed. ERGON. Madrid, 2012.
17. Madrid Soriano J. *Los procesos de la relación de ayuda*. Biblioteca de Psicología; 2005

Bibliografía recomendada

American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians and American College of Physicians, Transitions Clinical Report Authoring Group. Clinical report supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2011; 128(1): 182-200.

Protocolo que explica la planificación y organización de un programa de transición, explicando minuciosamente las peculiaridades de cada una de las etapas.

¿Por qué una medicina basada en los valores? Una reflexión desde la ética

M. Sánchez Jacob

Pediatra de AP. Magister en Bioética. Secretaria del Comité de Bioética de la AEP.

Fecha de recepción: 17 de enero 2016

Fecha de publicación: 29 de febrero 2016

Adolescere 2016; IV (1): 28-34

Resumen

Una buena práctica clínica combina el conocimiento del saber científico-técnico con el conocimiento de los valores. Cuando un problema nos plantea conflicto es porque se han superado los aspectos técnicos (hechos) que se enmarcan en la racionalidad, y nos interrogamos nuestro deber teniendo en cuenta los valores del paciente y los nuestros. Como profesionales sanitarios debemos promover los valores morales, aquellos de los que se ocupa la ética (la verdad, la libertad, la justicia, la solidaridad, la honestidad, etc.), que dependen de nuestra libertad y por tanto definen nuestra identidad. Los problemas bioéticos no gozan de seguridad jurídica y no se pueden resolver acudiendo sin reflexión a la ley, pero requieren de una prudente y adecuada respuesta jurídica que también supone un valor añadido.

Palabras clave: conflicto, valores, deber, bioética, bioderecho, profesión

Abstract

Good clinical practice combines scientific-technical knowledge with value awareness. A conflict arises when we have overcome the technical aspects (events) that are part of rationality, and we question our duty by taking into account the patient's values and ours. As health professionals we should promote moral values, those of ethical matter (truth, freedom, justice, solidarity, honesty, etc.), which depend on our freedom and thus define our identity. Bioethical problems do not entail legal certainty and cannot be resolved by resorting to law without a previous reflection, but require a prudent and appropriate legal response that also adds value.

Key-words: conflict, values, duty, bioethics, biolaw, profession

Introducción

Haciendo un paralelismo con el título de un número anterior de la revista, en el que se plantea una reflexión desde el derecho ¿por qué una medicina del adolescente?¹ parece oportuno complementarlo ahora con una reflexión desde la ética y justificar por qué es necesaria una medicina basada en los valores.

La Bioética y el Bioderecho son materias poco conocidas tanto en los estudio de pregrado como en los de especialidad y de formación continuada. Aunque son disciplinas diferentes y autónomas, se necesitan mutuamente porque regulan los actos y relaciones humanas y están llamadas a la colaboración.

En cualquier conflicto ético, puede haber cuestiones que pueden y deben estar legisladas, pero también existen otras que por su propia naturaleza, porque afectan la esfera íntima de la persona, y son individuales no se pueden legislar.

Los problemas bioéticos no gozan de seguridad jurídica y no se puede pretender resolverlos acudiendo sin reflexión a la ley, pero si requieren de una prudente y adecuada respuesta jurídica².

Matizada esta cuestión, que es fundamental, entraremos de lleno en la medicina basada en los valores, ya que quien quiera abordar la adolescencia de una manera integral tiene que tener muy en cuenta los aspectos bioéticos, y éstos son siempre conflictos de valores³. Sin una comprensión adecuada de los valores que se entremezclan con los hechos clínicos es prácticamente imposible realizar el análisis racional del problema en cuestión⁴.

Los valores: fuente de conflictos éticos

Todo el mundo valoramos de forma espontánea, porque es imposible no hacerlo. La valoración es un fenómeno biológico, natural y de carácter primario. Cuando vemos algo nos gusta o nos disgusta, pero no nos deja indiferentes. Y si lo valoramos probablemente consideremos que debemos hacer algo para promoverlo.

El valor se define como la cualidad que hace importantes las cosas a los seres humanos y que les exige su respeto. Nada más y nada menos. Habitualmente nos resulta más familiar hablar de los derechos humanos o de los cuatro principios de la Bioética, pero tenemos que acostumbrarnos al lenguaje de los valores porque todos los derechos humanos y los principios son valores, pero no todos los valores son principios ni derechos. Es decir; hay cosas que tienen valor pero no tienen precio, que tienen dignidad y no solo precio, y por ello no se pueden ni exigir, ni normativizar. ¿Cómo exigir cortesía, delicadeza, empatía o actitud de escucha?

La tipificación del valor ha sido exhaustivamente estudiada por D. Gracia, y por su claridad se expone los dos tipos de valores que él define⁵:

- Valores **instrumentales**. Son medios para conseguir algún fin concreto. Se caracterizan por medirse en unidades monetarias y por ser permutables.

El ejemplo más claro es el fármaco. No tiene valor en sí mismo. El valor se lo otorga la persona que lo recibe, en tanto en cuanto le sirve para mejorar su salud. Pero si no le va bien, puede pagar dinero y cambiarlo por otro.

Los problemas bioéticos no gozan de seguridad jurídica y no se puede pretender resolverlos acudiendo sin reflexión a la ley, pero si requieren de una prudente y adecuada respuesta jurídica

Se exponen dos tipos de valores: instrumentales (permutables y se miden en unidades monetarias) e intrínsecos

- Valores **Intrínsecos**. Son los valores que valen por sí mismos, y si desaparecen pensaríamos que hemos perdido algo muy importante (la persona, la justicia, la belleza, la dignidad). A diferencia de los instrumentales no son permutables y no se miden en unidades monetarias.

Esta clasificación es meramente didáctica, ya que en la realidad los dos tipos de valores no se encuentran tan bien delimitados. No existen los valores puramente instrumentales o intrínsecos. Por ejemplo, se puede pensar que la vida (valor intrínseco), se debería priorizar a toda costa, pero puede convertirse en un valor instrumental si se pone al servicio de valores religiosos (testigos de Jehová, mártires), o políticos (personas que dan la vida por sus ideas) o personales (aborto). De igual forma, las personas (valor intrínseco) pueden ser medios instrumentales para conseguir algo, de hecho todos nos servimos de un taxista para que nos transporte o de un médico para que nos devuelva la salud. Precisamente por esto, porque no hay valores puros, porque todos los valores forman parte de cada cultura concreta es por lo que se plantean situaciones de legítima diferencia entre ellos⁶. Un ejemplo que vivimos con cierta frecuencia los pediatras es el rechazo a la vacunación, pues mientras que para la mayoría de las personas es un bien indiscutible, existe un potente movimiento antivacunas que defiende los efectos secundarios de las mismas.

Los valores de los que se ocupa la ética, son los llamados morales (la verdad, la libertad, la justicia, la solidaridad, la honestidad, etc.). Son los valores que universalizaríamos, es decir, que quisiéramos que fueran así para todos porque sin ellos la vida estaría falta de humanidad. Estos valores dependen de la libertad humana y está en nuestras manos realizarlos, por tanto nos definen en cuanto a nuestra identidad, de ahí que se pueda afirmar el dicho "dime qué valores y te diré quién eres".

No siempre los valores son obvios y evidentes y están enmascarados tras disfraces opacos y son difíciles de ver. Es decir hay valores explícitos o manifiestos y valores ocultos o latentes. El valor oculto no lo es porque el enfermo lo quiera escondido, sino porque aún no se ha puesto en contacto con él⁷.

Los valores marcan nuestros deberes

¿Qué tiene que ver los valores con la ética? Pues que la ética es una disciplina práctica y se ocupa de fundamentar el "deber", y nuestro deber siempre es el mismo: realizar valores o, cuando no se puede añadir valor, lesionarlos lo menos posible. Los problemas éticos no se dan en el análisis de los hechos o datos clínicos, sino que aparecen cuando éstos están resueltos⁸. Si a un adolescente con madurez suficiente no se le concede libertad para decidir hay que tratar de promover su autonomía, y tratar de involucrar a los padres para que las decisiones sean consensuadas⁹. Si se solicitan pruebas diagnósticas por complacer al paciente, sin que su resultado tenga interés para el mismo (beneficencia) hay que defender los recursos limitados del sistema y evitar el despilfarro, además de que las pruebas que no están indicadas son maleficientes.

Diversos ejemplos de la consulta diaria, nos permiten ver la gran cantidad y diversidad de valores que condicionan nuestra práctica clínica. Hay que saber detectarlos para comprender la forma en que nos influyen en la toma de decisiones tanto diagnósticas como terapéuticas.

Un adolescente de 14 años afecto de glioma bulbomedular con diseminación leptomeningea y mal pronóstico **rechaza (libertad) ponerse los últimos ciclos de quimioterapia** (calidad de

Un adolescente con madurez suficiente no se le concede libertad para decidir, hay que tratar de promover su autonomía e involucrar a sus padres para que se produzcan decisiones consensuadas

vida). Los padres están separados y mantienen importantes discrepancias con respecto al hijo. El padre incluso interpreta que la enfermedad es causada por su madre (ignorancia), y convence al chico para recibir tratamiento naturista (manipulación, falta de veracidad, negación del mejor interés del menor). El chico con capacidad plena de entender la situación está haciendo uso de su autonomía personal. Desde el punto de vista científico, la medicina naturista no está lo suficientemente aceptada y desde la perspectiva de los derechos del niño no se defiende su mejor interés.

Una niña de 13 años se niega a vacunar del VPH y afirma que no se pondrá más vacunas en su vida. De la misma manera, la niña hace uso de su libertad para decidir un acto cuyas consecuencias en un futuro podrían ser prevenibles, si se le explica la manera de evitar el contagio del VPH (salud); el no poner la dosis de recuerdo de tétanos y difteria tampoco le acarrearía graves problemas (maleficencia). En cualquier caso, con una actitud dialogante y exenta de prejuicios (empatía), se puede convenir con la niña que lo medite con calma y si en algún momento cambia de parecer, acuda para retomar la vacunación (responsabilidad).

Dos adolescentes de 15 años se quedan embarazadas de forma no deseada. Una de ellas tiene un novio reciente, y solicita sin comentarlo con los padres la interrupción voluntaria del embarazo (no maternidad, valor vida). Se considera muy joven para tener un hijo, y éste hecho le supondría interrumpir los estudios (educación). La otra adolescente es de etnia gitana, está casada y vive en la casa de sus suegros y decide proseguir su embarazo. En su cultura tener hijos a edades tempranas es lo habitual y no le importa interrumpir sus estudios, o la obtención de trabajo. Sus sistemas de valores son totalmente distintos.

La puerta de la consulta esta entreabierta, por lo que el médico y la enfermera que están realizando una receta en común pueden ver a los pacientes de la sala de espera. Entre ellos comentan cuchicheando “ya esta ahí la pesada de todos los días” (falta de sensibilidad y educación). Se trata de la madre de una niña de 13 años, hija única con un síndrome metabólico bien controlado. Son hiperfrecuentadores. La niña oye el comentario y se lo comenta a su madre, quien responde al médico, muy molesta y con desconfianza que “ella viene mucho al médico porque su hija siempre lo necesita (salud). El médico considera que existe una mala utilización de los recursos sanitarios (justicia), lo cual no justifica el comentario peyorativo, que incluso puede acabar con la confianza de la relación clínica.

La madre de un chico de 12 años de edad, consulta en Cirugía Plástica para corrección de las “orejas en soplillo” de su hijo. La cirujana comprueba que el chico había sido incluido en lista de espera quirúrgica a los 10 años y no acudió. Este procedimiento, forma parte de la cartera de servicios de la sanidad pública hasta los 14 años, siendo después considerada como cirugía estética y, por tanto, fuera de la cartera. La cirujana explora al chico que tiene unas acentuadas orejas en soplillo, pero detecta que el chico no parece estar conforme con la intervención (autonomía). Le pregunta si desea operarse, y el chico responde que “ya no le importa, pues ha cambiado de colegio” (valores estéticos). La madre insiste en que se le opere cuanto antes, porque si se demora tiene que pagar la intervención y lo que hay son “recortes por la crisis” (valores económicos, gestión eficiente de recursos).

Una madre acude a la consulta porque tiene una hija de 8 meses concebida por ovodonación. Dicho dato consta en el informe de recién nacida y la madre teme que su hija se entere de este hecho en un momento en que la niña no esté preparada para entenderlo (maleficencia); por ello solicita que se anule este dato de su historia clínica pero se lo deniegan. La madre está haciendo uso de su intimidad y privacidad, decidiendo cuando es el momento oportuno para explicárselo a su hija, cuando ella lo considere oportuno (autonomía). Las técnicas de reproducción asistida requieren de una información acotada y siempre dirigida a lo que desea explorar¹⁰.

Los valores configuran la profesionalidad

Se requiere unos valores, actitudes y comportamientos orientados al servicio del paciente y de la sociedad, antes que en beneficio propio

Los profesionales tienen que aspirar a la excelencia y para ello tienen que identificar las cualidades intangibles o virtudes que tienen consecuencias directas en su buena práctica. Es indudable que la competencia científico-técnica es el primer valor que se le exige al médico pero la dimensión moral que va unida a la excelencia se acerca más al saber humanista que al del científico puro¹¹. Se requiere unos valores, actitudes y comportamientos orientados al servicio del paciente y de la sociedad, antes que en beneficio propio.

La Academia Americana de Pediatría enumera una serie de principios entre los que enfatiza el compromiso con el trabajo en equipo y con la defensa de los derechos del niño asumiendo el rol de abogados de la infancia.

Destaca la necesaria responsabilidad con los pacientes y familias, con otros profesionales afines, con la comunidad y con la profesión¹².

Por su parte la AEP en su marco ético¹³, recoge una serie de valores, destacando entre otros: la integridad, honradez, coherencia, tolerancia, empatía, compasión, confianza, credibilidad, fiabilidad, competencia científica, investigación responsable y transparente, respeto a la dignidad e igualdad en el trato con los pacientes, confidencialidad, maximizar el trabajo en equipo, honestidad intelectual sabiendo aceptar los errores y formación continuada de por vida, sin descuidar las humanidades médicas.

El perfil profesional del médico del futuro¹⁴, se puede resumir en estos 10 puntos:

La Academia Americana de Pediatría enumera una serie de principios entre los que enfatiza el compromiso con el trabajo en equipo y con la defensa de los derechos del niño asumiendo el rol de abogados de la infancia

- Un médico que trate enfermos, no enfermedades
- Un médico con actitud crítica
- Un médico comunicador y empático
- Un médico responsable individual y socialmente
- Un médico que tome buenas decisiones para el paciente y para el sistema
- Un médico líder del equipo asistencial
- Un médico competente, efectivo y seguro
- Un médico honrado y confiable
- Un médico comprometido con el paciente y con la organización
- Un médico que vive los valores del profesionalismo

PREGUNTAS TIPO TEST

1. En relación con los valores:

- a) Hay cosas que tienen valor y, por ello, siempre tienen precio
- b) Los valores de las personas no suelen originar conflictos éticos
- c) Los principios de la Bioética y los Derechos Humanos son valores
- d) Hay valores que afectan a la dignidad de la persona y, por ello, deberían estar regulados por Ley
- e) Hay valores que afectan la esfera íntima de la persona y, por ello son individuales, deberían estar regulados por Ley

2. En relación con los tipos de valores:

- a) Los valores siempre son obvios y evidentes
- b) Los valores instrumentales se miden en unidades monetarias, pero no son permutables
- c) Los valores intrínsecos se miden en unidades monetarias y son permutables
- d) Los valores son puramente intrínsecos o instrumentales
- e) Los valores de los que se ocupa la ética, son los llamados morales

3. En relación con la Bioética

- a) Los problemas éticos suelen darse en el análisis de los hechos clínicos y racionales
- b) Es una disciplina que no tiene consecuencias prácticas
- c) La Bioética se ocupa del mundo de los hechos y de los valores
- d) La Bioética se ocupa de fundamentar nuestro "deber"
- e) Los clínicos estamos habituados a detectar todos los valores implicados en los casos clínicos

4. Valores y profesionalidad

- a) La competencia científico-técnica es el único valor que se le exige al médico
- b) La competencia científico-técnica es el primer valor que se le exige al médico.
- c) Aspirar a la excelencia en la profesión requiere prescindir de la dimensión moral del médico
- d) Los profesionales debemos orientar nuestros esfuerzos en beneficio propio
- e) La actitud crítica del profesional no constituye un valor para la profesión

5. Valores y clínica

- a) En los menores de edad no es preciso explorar sus valores porque la decisión de una intervención es por representación
- b) Hay que obligar a una niña de 13 años a vacunarse del VPH porque es menor de edad y decide su madre
- c) El deseo de interrupción voluntaria del embarazo en una menor de edad no depende de la cultura de la menor
- d) Las técnicas de reproducción asistida requieren de una información acotada y siempre dirigida a lo que desea explorar
- e) En situación de separación familiar, aunque haya discrepancia entre los padres siempre se defiende su mejor interés

Respuestas en la página 76

Bibliografía

1. Montalvo Jääskeläinen F: ¿Por qué una medicina de la adolescencia? Una reflexión desde el Derecho. *Adolescere*, 2013;1,2: 27-37.
2. González Morán L. La Bioética y el Bioderecho: encuentros y desencuentros En: De los Reyes M, Sánchez-Jacob M (Ed): *Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena*. Madrid: Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha, 2010:79-87.
3. Martínez González C. Sánchez Jacob M. Bioética, pediatría y medicina basada en los valores. *An Pediatr Contin*. 2011;9(6):397-402.
4. Lázaro J, Hernández-Clemente JC. Los valores personales en la práctica médica. *JANO, Medicina y humanidades* 2010 (1.761): 88-91.
5. Gracia D. La cuestión del valor. Madrid. *Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*; 2011:89-106.
6. Fulford K.W.M. *Ten Principles of Values-Based Medicine (VBM)*. In Schramme T, Thome J (Ed): *Philosophy and Psychiatry*. Berlin 2004:50-73.
7. Broggi M.A. Gestión de los valores ocultos en la relación clínica. *Med Clin (Barc)* 2003;121(18):705-9.
8. Petrova M, Dale and Fulford B -Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence *Br J Gen Pract*. 2006, 56 (530): 703-709.
9. Martínez González C. Aspectos éticos en la adolescencia: del menor maduro al adulto autónomo *Adolescere*, 2013;1,2: 22-26.
10. Sánchez Jacob M. Carta al editor ¿A quién y cuándo le interesa el modo de concepción en las técnicas de reproducción asistida? *An Pediatr (Barc)*. 2015, 83:144.
11. Humanistic medicine or values-based medicine...what's in a name? J Miles Little
12. Professionalism in Pediatrics: Statement of Principles Committee on Bioethics. *Pediatrics* 2007;120;895-897.
13. Sánchez Jacob M. El marco ético de la Asociación Española de Pediatría: un compromiso con la ética de las organizaciones. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75 (6): 355-57.
14. Pardell H. *Medico del futuro*. Fundación Educación Médica (FEM), 2009.

Bibliografía recomendada

Libro: Pardell H. *Medico del futuro*. Fundación Educación Médica

La incidencia de la Ley 26/2015 en la Ley 41/2002 sobre capacidad de los menores de edad en el ámbito sanitario

N. de la Horra Vergara

Letrada Jefe de la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

Fecha de recepción: 15 de enero 2016

Fecha de publicación: 29 de febrero 2016

Adolescere 2016; IV (1): 35-43

Resumen

En este artículo se trata de abordar quien determina el grado de madurez del menor, tras la incidencia de la ley 26/2015, así como la actuación a seguir ante situaciones de grave riesgo para la vida y salud del menor.

Palabras clave: madurez del menor, capacidad, ley, riesgo, salud

Abstract

This article seeks to address who determines the degree of maturity of a minor, upon the occurrence of Law 26/2015, and the actions to follow in situations of serious risk to the life and health of a minor.

Key-words: child's maturity, capability, law, risk, health

La protección del interés superior del menor es, sin duda, el principio rector de toda la legislación en materia de menores.

Tanto en el ámbito internacional como en el ordenamiento jurídico interno, se ha ido asentando como criterio general el reconocimiento del derecho de los menores a su autodeterminación, partiendo de una interpretación restrictiva de las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores de edad, cuya única justificación reside en la protección del interés supremo del menor, lo que implica que el menor pueda ejercer directamente sus derechos fundamentales tan pronto como tenga capacidad para ello.

La protección del interés superior del menor es, sin duda, el principio rector de toda la legislación en materia de menores

Tema de revisión

La incidencia de la Ley 26/2015 en la Ley 41/2002 sobre capacidad de los menores de edad en el ámbito sanitario

La mejora de los instrumentos de protección jurídica a la infancia y la adolescencia y la pretensión de constituir una referencia para las comunidades autónomas en el desarrollo de sus respectivas legislaciones en la materia justifican la profunda reforma del sistema de protección de menores que se ha llevado a cabo mediante la aprobación de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, y la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, esta última introduciendo aquellos cambios necesarios en los ámbitos que constituyen materia orgánica, al incidir en derechos fundamentales y libertades públicas contempladas en los artículos 14, 15, 16, 17 y 24 de la Constitución Española.

En la Ley Orgánica 8/2015, que modifica determinados preceptos de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, se concreta el concepto de “interés superior del menor”, incorporando los criterios sentados en la jurisprudencia del Tribunal Supremo y los marcados en la Observación General N° 14 del Comité de las Naciones Unidas sobre Derechos del Niño, con un triple contenido, como derecho sustantivo, como principio jurídico interpretativo fundamental y como norma de procedimiento, con el objetivo último de garantizar el pleno reconocimiento y respeto de los niños como titulares de derechos.

Los criterios generales que rigen el interés superior del menor, a tenor de lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley Orgánica 1/1996, en su actual redacción, se centran en la protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor, así como la satisfacción de sus necesidades básicas, y la consideración de los deseos, sentimientos y opiniones del menor, en función de su edad, madurez, desarrollo y evolución personal. Dichos criterios se han de ponderar teniendo en cuenta la edad y madurez del menor, conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad.

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, impone una interpretación restrictiva de las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores, que pudieran derivarse del hecho evolutivo, considerando al menor sujeto activo, participativo y creativo, con capacidad de modificar su propio medio personal y social, de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás, adaptando la maduración jurídica del menor a su evolución biológica.

En este sentido, ya el propio Código Civil, en su artículo 162, exceptúa de la representación legal de los padres, entre otros, los actos relativos a los derechos de la personalidad que el hijo, de acuerdo con su madurez, pueda ejercitar por sí mismo, sin perjuicio de la intervención de los responsables parentales en virtud de sus deberes de cuidado y asistencia.

La Observación General N° 12 del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas define el término “madurez” como la capacidad de comprender y evaluar las consecuencias de un asunto determinado; es la capacidad de un niño para expresar sus opiniones sobre las cuestiones de forma razonable e independiente, tomando en consideración los efectos del asunto de que se trate, de suerte que cuanto mayores sean los efectos del resultado en la vida del niño, más importante será la correcta evaluación de la madurez de ese niño.

En el ámbito sanitario, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recogió ese principio de autodeterminación del menor de edad, como forma de manifestación fundamental del respeto al principio de autonomía del paciente.

La Ley 41/2002 estableció diferentes estadios en la participación de los menores en la toma de decisiones en el ámbito sanitario.

Madurez: capacidad de comprender y evaluar las consecuencias de un asunto determinado

Así, se establece que el consentimiento se prestará por los representantes legales en el caso de menores de edad que no sean intelectual ni emocionalmente capaces de comprender el alcance de la intervención de que se trate, previa audiencia a los menores cuando éstos tengan suficiente madurez, lo que se les presumirá, en todo caso, cumplidos los doce años.

Constituye una de las novedades incluidas en la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor por la Ley Orgánica 8/2015, una regulación más prolija del derecho del menor a ser oído y escuchado.

A estos efectos, se establece la garantía de que el menor, cuando tenga suficiente madurez, pueda ejercitar este derecho a ser oído y escuchado por sí mismo o a través de la persona que designe para que le represente.

Se introduce, asimismo, la exigencia de que la madurez sea valorada por personal especializado, teniendo en cuenta tanto el desarrollo evolutivo del menor como su capacidad para comprender y evaluar el asunto concreto a tratar en cada caso.

Se considera, en todo caso, que el menor tiene suficiente madurez cuando tenga doce años cumplidos.

Alcanzados los dieciséis años o tratándose de menores emancipados, se reconoce, con carácter general, la llamada mayoría de edad sanitaria.

Un inciso debe hacerse en relación con los menores emancipados, puesto que es el propio Código Civil, en su artículo 323, la norma que asimila la emancipación a la mayoría de edad, con los efectos jurídicos que de ello se derivan.

Partiendo de que la casuística y la problemática son inabarcables, sin duda, uno de los aspectos más necesitados de concreción práctica es el del menor maduro.

Se define como menor maduro a aquel menor con capacidad intelectual y emocional para comprender el alcance de la intervención de que se trate. En esta situación se encuentran los menores de 16 y 17 años que no sean incapaces o estén incapacitados, los menores emancipados y los menores de menos de dieciséis años cuando, a criterio del facultativo, tengan suficiente madurez para consentir; esto es, que sean capaces de comprender la naturaleza y las consecuencias de una determinada actuación en el ámbito de la salud.

En cualquier caso, la edad no opera en la Ley 41/2002 como criterio absoluto de capacidad, sino que supone una inversión de la carga de la prueba, y ello porque, como apuntaba la Fiscalía General del Estado en su Circular 1/2012 *"el desarrollo cognitivo y emocional no va ligado de manera uniforme a la edad biológica"*.

Se sigue, en este punto, la línea marcada en la Observación General Nº 12 antes mencionada que, en este aspecto, considera que la edad en sí misma no puede determinar la trascendencia de las opiniones del niño. *"Los niveles de comprensión de los niños no van ligados de manera uniforme a su edad biológica. Se ha demostrado en estudios que la información, la experiencia, el entorno, las expectativas sociales y culturales y el nivel de apoyo contribuyen al desarrollo de la capacidad del niño para formarse una opinión. Por este motivo, las opiniones del niño tienen que evaluarse caso por caso"*.

Respecto de los menores con dieciséis años cumplidos, se considera que han alcanzado la llamada por algún sector doctrinal "mayoría de edad simple", desde una perspectiva sanitaria, lo

Se considera que el menor tiene suficiente madurez con 12 años cumplidos. A los 16 años o menores emancipados se reconoce la llamada mayoría de edad sanitaria

Menor maduro es aquel menor con capacidad intelectual y emocional para comprender la intervención de que se trate

que se traduce en que tienen reconocida plena capacidad para aceptar o rechazar información clínica, elegir la opción clínica disponible, aceptar o rehusar tratamientos médicos y mantener o revocar el consentimiento informado.

Por encima de los dieciséis años se presume la capacidad con carácter general, por lo que si, a criterio del médico, el menor carece de dicha capacidad, deberá aquél demostrar la falta de capacidad.

Por debajo de los dieciséis años, sin perjuicio de que los menores hayan de ser oídos y escuchados, se presume la ausencia de la citada capacidad, lo que significa que para aceptar la decisión del menor sin participación de sus representantes legales, el médico habrá de demostrar que el menor tiene capacidad suficiente para tomar la decisión concreta en el momento concreto de que se trate.

Por debajo de los dieciséis años, sin perjuicio de que los menores hayan de ser oídos y escuchados, se presume la ausencia de la citada capacidad, lo que significa que para aceptar la decisión del menor sin participación de sus representantes legales, el médico habrá de demostrar que el menor tiene capacidad suficiente para tomar la decisión concreta en el momento concreto de que se trate

Señalan, en este sentido, OGANDO DÍAZ y GARCÍA PÉREZ que *"la capacidad y madurez de una persona, sea ésta mayor o menor de edad, debería medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar las situaciones, y no por el contenido de los valores que asuma o maneje o por la aparente irracionalidad de las decisiones"*, añadiendo que *"el error clásico ha sido considerar inmaduro o incapaz a todo aquel que tenía un sistema de valores distinto del considerado adecuado por los profesionales, y que pretendía tomar decisiones en contra de la opinión experta"*. Concluyen que una persona se considera competente para tomar una decisión concreta si comprende la información que recibe y los valores en juego, si aprecia las consecuencias más relevantes de las diferentes opciones y si asume la decisión tomada en coherencia con sus valores personales, teniendo en cuenta, por supuesto, que el grado de capacidad que se exige para tomar decisiones no siempre es el mismo, sino que depende del tipo de decisión y de sus consecuencias, y que puede variar a lo largo del tiempo en un mismo individuo.

De este modo, cuanto más trascendentales o irreversibles sean las consecuencias de la decisión que haya de adoptarse, más importante será evaluar correctamente la madurez y más rigurosa deberá ser la apreciación de sus presupuestos.

No obstante lo apuntado, la mayoría de edad sanitaria cede en los casos de actuación de grave riesgo para la vida o la salud del menor, en cuyo caso, la Ley 41/2002, en su redacción anterior, exigía, sin perjuicio del consentimiento del menor, que se informara a los padres y que su opinión fuera tenida en cuenta en la toma de la decisión correspondiente.

Del mismo modo, la Ley 41/2002 excluía de la mayoría de edad simple la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida, que se regirán por lo establecido con carácter general sobre mayoría de edad civil y por las disposiciones especiales de aplicación.

La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, ha introducido, en su disposición final segunda, una reforma de la Ley 41/2002, *"incorporando los criterios recogidos en la Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave"*.

El artículo 9 de la Ley 41/2002 queda redactado en los siguientes términos:

- "1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se*

respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. *Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:*
 - a) *Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.*
 - b) *Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.*
3. *Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:*
 - a) *Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.*
 - b) *Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.*
 - c) *Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.*
4. *Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación.*

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.
5. *La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.*

Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.
6. *En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización*

Los facultativos podrán llevar a cabo intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad psíquica o física o riesgo para la salud pública

judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

7. *La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento".*

En concreto, se ven afectados los apartados tercero, cuarto y quinto del artículo 9, y se añaden los apartados sexto y séptimo.

Con la modificación del precepto transcrito trata de darse respuesta a los problemas ocasionados en la interpretación y aplicación de su antigua redacción.

Una interpretación integradora de la norma exige que el menor sea oído siempre que tenga suficiente capacidad cognitiva, haya cumplido o no los doce años marcados por la Ley, en consonancia con las previsiones ya expuestas de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor.

Tratándose de menores emancipados o con dieciséis años cumplidos, la Ley 41/2002, en su redacción original, establecía la prohibición del consentimiento por representación, matizado, en los casos de actuación de grave riesgo, según criterio del facultativo, en cuyo caso se preveía que los padres habían de ser informados y su opinión tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

La nueva redacción del artículo 9, en este punto, parte igualmente de que el consentimiento ha de ser prestado por el menor emancipado o con dieciséis años cumplidos, si bien añade que *"no obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo"*.

Se introduce de este modo las siguientes novedades en el precepto.

— Por una parte, se concreta que para que entre en juego la excepción a la regla general de capacidad para la emisión del consentimiento por parte del menor emancipado o de dieciséis años, debe tratarse de una actuación de grave riesgo para la salud o la vida del menor, concretando, por tanto, los bienes jurídicos que han de prevalecer "a criterio del facultativo", a saber, la vida y la salud del menor. Es ésta la línea apuntada por el Tribunal Constitucional, que sostiene que la vida del menor prevalece sobre los demás derechos, porque aquélla es un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional y supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible.

Frente a la regulación anterior, en la que se limitaba a establecer la excepción para los casos de "actuación de grave riesgo", la redacción incorporada por la Ley 26/2015 introduce los derechos que han de estar en una situación de peligro, a juicio del profesional, para que entre en juego el consentimiento por representación.

Cierto es que la valoración depende igualmente del criterio del facultativo pero concretada en la concurrencia de una situación de riesgo grave para la vida o la salud del paciente, al contrario de lo que ocurría en la redacción previa de este apartado del artículo 9 de la Ley 41/2002, que admitía multiplicidad de interpretaciones, desde las que propugnaban la prevalencia del derecho a la autodeterminación del llamado menor maduro, hasta las que mantenían, en la línea de la modificación, la supremacía del derecho a la vida como valor superior de todo el ordenamiento jurídico.

Como decíamos es ésta la posición mantenida tradicionalmente por el Tribunal Constitucional que sostiene que el derecho a la vida y a la salud del menor no puede ceder ante la afirmación de la libertad de conciencia u objeción de los padres. En este sentido mantiene que el derecho al rechazo de un tratamiento y a arriesgar la propia vida tan sólo puede ejercerse personalmente, sin que sea posible suplir la voluntad a través de los representantes legales. La principal razón de este argumento es que se trata de una decisión de consecuencias irreversibles, no susceptible de modificación tras una posterior evolución o maduración de la personalidad del menor.

Dos son exclusivamente, por tanto, los valores superiores que se consideran dignos de protección, a saber, la vida y la salud.

— La segunda novedad reside en la consecuencia de la evaluación que haga el facultativo, de suerte que en aquellos casos en que se aprecie por éste que la actuación en cuestión es susceptible de poner en riesgo la vida o la salud del menor, deberá prestar el consentimiento el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta su opinión.

Se produce así una considerable restricción de la autonomía del paciente menor de edad, en la medida en que la concurrencia de la situación de grave riesgo excluye la prestación del consentimiento en nombre propio.

Hasta esta última modificación, el consentimiento correspondía en estos casos de actuaciones de grave riesgo a los propios menores, eso sí, con la obligación de información a los padres y de tener en cuenta su opinión para la toma de las decisiones.

Un paso más se da en la definición del consentimiento por representación. El apartado sexto del artículo 9 exige, para el caso de que el consentimiento hayan de prestarlo los representantes legales o personas vinculadas por razones familiares o de hecho- esta última posibilidad en aquellos casos en que el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación y carezca de representante legal-, que la decisión que aquéllos adopten, lo hagan siempre atendiendo al mayor beneficio para la vida o la salud del paciente, debiendo ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, las decisiones que se adopten cuando sean contrarias a dichos intereses, para que se adopte la resolución correspondiente.

Del tenor literal de este precepto puede concluirse que es el facultativo el garante de que en la actuación asistencial, cuyo consentimiento haya sido prestado por representación, se haga prevalecer en todo caso el respeto a la vida y a la salud, por encima de otros derechos, lo que, por otra parte, constituye el fundamento de la práctica de la medicina.

Algún autor, como CARBONELL, citado por LOMAS HERNÁNDEZ, señala, en este punto, que el legislador asume que la vida y la salud se presumen siempre como la decisión que hubiera tomado el sujeto y se les otorga un valor superior a cualquier otro. No cabe, añade, opción para

El Tribunal Constitucional sostiene que el derecho a la vida y a la salud del menor no puede ceder ante la afirmación de la libertad de conciencia u objeción de los padres

el representante, que debe pronunciarse siempre en favor de la vida. Ello, apunta, anularía la validez de cualquier consentimiento.

Desde luego, lo que sí exige el legislador es la judicialización de la toma de decisiones en aquellos casos en que el representante legal no haya consentido en beneficio de la vida y la salud del menor, pese a que la decisión adoptada haga prevalecer la dignidad de la persona frente a la conservación de la vida a toda costa, incluyendo aquellos casos en que el conflicto surja entre el mantenimiento de una vida que no reúna unas condiciones de dignidad suficientes para ser vivida y el respeto a la dignidad de la persona.

Probablemente, desde una perspectiva teórica, la nueva regulación termina con algunos de los problemas que ocasionaba la regulación anterior, sometiendo a la valoración del profesional los aspectos determinantes de la toma de decisiones.

Ha de ser el profesional quien determine el grado de madurez del menor de dieciséis años, así como quien aprecie la concurrencia de la situación de grave riesgo para la vida o la salud de los menores; será asimismo quien aprecie el hecho de que la actuación consentida por los representantes legales en los casos en que el consentimiento deba ser prestado por éstos se adecue al mayor beneficio de la vida o la salud, cuestiones todas ellas que, con toda probabilidad, seguirán exigiendo una ardua labor de análisis en el caso concreto.

Ha de ser el profesional quien determine el grado de madurez del menor de dieciséis años, así como quien aprecie la concurrencia de la situación de grave riesgo para la vida o la salud de los menores

Bibliografía

Código Civil.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia.

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia.

Observación General N° 12 (2009) del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre el derecho del niño a ser escuchado.

Observación General N° 14 (2013) del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial.

Circular 1/2012, de 3 de octubre, de la Fiscalía General del Estado, en relación con el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave.

Dictamen de 27 de noviembre de 2014 del Consejo de Estado al anteproyecto de ley de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

DÍEZ PICAZO y GULLÓN, Sistema de Derecho Civil, Vol. I, 2003, Tecnos.

GÓMEZ MAGIAS, "Las 10 claves de la reforma del sistema de protección a la infancia y la adolescencia", 2015, La Ley.

GONZÁLEZ MIRASOL, "Autonomía sanitaria del menor y responsabilidad médica", Diario La Ley N° 6326 y 6327, septiembre 2005, La Ley.

GRACIA GUILLÉN Y OTROS, "Toma de decisiones en el paciente menor de edad", Medicina Clínica Vol. 117, 2001.

LOMAS HERNÁNDEZ, "Minoría de edad y derecho sanitario: la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, y la Ley 26/2015, de 28 de julio", 2015, Juristas de la Salud.

OGANDO DÍAZ y GARCÍA PÉREZ, "Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro", Pediatría Integral 2007, XI: 877-883.

OJEDA RIVERO, "El rechazo del tratamiento médico por los menores de edad en grave riesgo", Revista para el Análisis del Derecho InDret 3/2015, julio 2015.

NIETO ALONSO, "La relevancia del consentimiento del menor. Especial consideración a la anticoncepción en la adolescencia: garantías jurídicas de los menores y de los profesionales de la salud", Diario La Ley N° 7041, septiembre 2008, La Ley.

COMISIÓN DE BIOÉTICA DE CASTILLA Y LEÓN, "Problemas relacionados con las actuaciones sanitarias en los menores de edad", Guías de Bioética de Castilla y León.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. Los menores tienen derecho a ser oídos y escuchados en todos los ámbitos, pudiendo ejercitar este derecho por sí mismos:**
 - a) Siempre
 - b) A partir de los doce años
 - c) A partir de los dieciséis años
 - d) Cuando tengan suficiente madurez, en atención al desarrollo evolutivo del menor como a su capacidad para comprender y evaluar el asunto de que se trate en cada caso

- 2. Los menores con 16 años cumplidos prestan el consentimiento por sí mismos:**
 - a) Siempre
 - b) Generalmente prestan el consentimiento por sí mismos, salvo excepciones
 - c) A partir de los dieciséis años
 - d) Nunca, debe prestarse el consentimiento por medio de sus representantes legales
 - e) Siempre deben ser oídos pero el consentimiento deben prestarlo sus representantes legales

- 3. En la prestación del consentimiento por representante, los bienes jurídicos que deben prevalecer son:**
 - a) El criterio del facultativo
 - b) La salud y la vida del menor
 - c) La opinión del menor
 - d) El criterio de quien presta el consentimiento

- 4. Siempre que se presta el consentimiento por representación debe hacerse en beneficio de la vida y la salud del menor, aun obviando el respeto a la dignidad de la persona**
 - a) Esta afirmación es cierta en todo caso, sin que quepa adoptar otra decisión por el representante
 - b) Esta afirmación es falsa; el respeto a la dignidad de la persona debe prevalecer siempre
 - c) Esta afirmación es falsa; sí es posible prestar el consentimiento haciendo prevalecer la dignidad de la persona representada, siempre que así lo haya manifestado el propio menor al ejercer su derecho a ser oído y escuchado
 - d) Esta afirmación es cierta con matizaciones; cabe consentir tomando en consideración otros valores, previo sometimiento a decisión judicial en todo caso

Respuestas en la página 76

Supervisión de la salud del adolescente — Exámenes de salud

A. Redondo Romero

Pediatra. Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Hospital Internacional Medimar. Alicante.

Fecha de recepción: 22 de diciembre 2015

Fecha de publicación: 29 de febrero 2016

Adolescere 2016 IV (1): 45-58

**“Sólo se encuentra lo que se busca.
Sólo se diagnostica lo que se explora”.**

Introducción

Los adolescentes, en general, gozan de buena salud, y por ello acuden poco al médico. Esa circunstancia ha ayudado a que no se desarrolle la atención médica integral a los jóvenes sanos, de la misma forma que ocurre con la etapa infantil. Pero los grandes cambios físicos y psico-sociales que ocurren durante esta etapa son tan importantes y trascendentes que justifican la necesidad de llevar un control periódico de salud en la adolescencia. De hecho su propia morbilidad se beneficiaría de la realización de estos exámenes, ya que se podrían detectar problemas o disfunciones que no hayan dado aún la cara.

El pediatra va a tener pocas oportunidades de examinar al adolescente, teóricamente sano, por lo que no hay que desaprovechar ninguna de estas escasas ocasiones que se van a presentar.

Los exámenes de salud

Los exámenes de salud (ES) son actividades destinadas a detectar algún problema o variante de la normalidad, desde el punto bio-psico-social, convirtiéndose además en una importante oportunidad para realizar actividades preventivas. No son pocos los autores que consideran que los exámenes sistemáticos de salud son uno de los factores que más han contribuido a mejorar la salud infantojuvenil.

Para poder diseñar estas actividades hay que tener presente los factores individuales y conocer las principales causas de morbilidad de esta etapa derivada, en muchos casos, del estilo de vida en los países donde viven y que es, por tanto, susceptible de prevención (accidentes, toxicomanías, problemas del ámbito sexual o de adaptación social,...).

Los exámenes de salud detectan problemas o variantes de la normalidad desde el punto de vista bio-psico-social

Objetivos de la supervisión de salud

- Potenciar la relación médico-adolescente-familia que favorezca la promoción de salud, fuera de la tensión que suponen las visitas por una enfermedad, y que facilita poder concertar próximas visitas.
- Identificar problemas de salud evidentes o potenciales en el adolescente, aparentemente sano.
- Asegurar una adecuada inmunización.
- Cada visita es una oportunidad única de realizar la detección precoz de factores de riesgo con la finalidad de indicar y llevar a cabo medidas preventivas específicas.
- Promocionar medidas educativas o de guía para el paciente.
- Estimular al adolescente para que se haga responsable de su propia salud.

Etapas de la adolescencia

La base para poder trabajar con adolescentes es conocer bien las características propias de cada una de las etapas por las que van a pasar y las repercusiones que pueden traer consigo

La base para poder trabajar con adolescentes es conocer bien las características propias de cada una de las etapas por las que van a pasar y las repercusiones que pueden traer consigo.

La **adolescencia temprana** (de 10 a 13 años en niñas; de 12 a 14 años en niños) reúne unas características específicas:

- Rápido crecimiento y desarrollo sexual.
- Comienza a disminuir el contacto y relación con la familia.
- Empieza la oposición a la autoridad paterna.
- Se concentra en las relaciones con su grupo de edad y se va a comparar con los compañeros de su mismo sexo.
- Inicia el pensamiento abstracto.
- Desde el comienzo de la pubertad se preocupa cada vez más de su propio cuerpo y su imagen corporal. Esto trae consigo que lo primero que se pregunta es ¿soy normal?; está preocupado por el desarrollo de sus características sexuales; puede pensar de forma más abstracta y comienza a tomar en consideración todas las posibilidades para su vida. Hay que animarle a que acuda sólo a la consulta.

Cuando llega la **adolescencia media** (13-16 años en chicas; 14-17 años en chicos) las características van cambiando:

- Principales conflictos con los padres, en cuanto a su independencia.
- Su grupo de edad va a marcar sus pautas de conducta.
- Le preocupa su capacidad para relacionarse con el sexo opuesto, e inicia la experimentación sexual.
- Aumenta su crecimiento cognoscitivo.
- Es idealista y altruista.

De la misma forma que sus repercusiones:

- Hay que favorecer su independencia.
- Comienzan la conducta y experiencias sexuales.
- Los compañeros determinan si se adapta o no a determinadas reglas.
- Inicia la capacidad de establecer objetivos para el futuro.

La **adolescencia tardía**, es el paso previo a convertirse en adulto joven.

- La emancipación está casi asegurada.
- Persiste la preocupación por sus estudios o trabajo.
- Aceptación de su imagen corporal.
- Aceptación de su rol social.
- Aumentan las habilidades sociales y las relaciones íntimas.
- Las relaciones ya no son narcisistas.
- El desarrollo cognoscitivo sigue madurando.

Y también trae sus consecuencias:

- Con la emancipación comienza a reconocer las consecuencias de sus acciones.
- Se ha establecido un código moral.
- Puede hacerse partícipe de todas las opciones.
- Puede hablar y discutir sobre objetivos vitales.
- Permiten al médico y paciente ser más directos en sus preguntas y respuestas.

Frecuencia de los exámenes de salud

Numerosos especialistas (Neistein, García-Tornel, etc.) proponen que el control sanitario del adolescente no debe ser inferior a una visita anual.

La Asociación Médica Americana (AMA) recomienda una entrevista sólo a los padres al menos al comienzo y a la mitad de la adolescencia, ya que considera que es útil para clarificar antecedentes familiares y personales, conocer preocupaciones sobre salud, comportamiento y desarrollo del hijo y aprovechar para proporcionar asesoramiento sanitario.

La Guía de la AMA para actividades preventivas en adolescentes recomienda al menos tres exploraciones entre los 11 y los 21 años.

El Comité de Prácticas y Medicina Ambulatoria de la Academia Americana de Pediatría recomienda historia, examen físico, evaluación del comportamiento y desarrollo y consejos preventivos a los 10, 12, 14, 16, 18 y 20 años.

El Cuerpo Especial de Servicios Preventivos de EE.UU. hace unas recomendaciones sobre el control periódico de la salud basado en el riesgo de salud y en la edad, separándolas en un grupo de 7 a 12 años, y en otro de 13 a 18.

La Asociación Médica Americana recomienda en adolescentes al menos tres exploraciones entre los 11 y 21 años

En España cada comunidad autónoma tiene previsto un calendario de visitas programadas de salud, que, en general, llegan hasta los 14-15 años. En casi todos ellos se recomiendan 2 o 3 controles en ésta etapa.

El examen de salud en la adolescencia

Las técnicas del examen de salud deben ser sencillas, poco costosas, seguras, precisas, sensibles y específicas

Las técnicas del examen de salud (ES) son similares a las realizadas en las edades más jóvenes; siempre hay que procurar que sean sencillas, poco costosas, seguras, precisas, sensibles y específicas y, por supuesto, han de poder adaptarse a las circunstancias individuales del adolescente. Además, los resultados deben poder compararse con los de otras visitas.

Principalmente el ES se va a centrar en una completa historia clínica o anamnesis, la imprescindible exploración física, la evaluación de crecimiento y desarrollo y, como fin, el consiguiente diagnóstico, que irá acompañado de unas orientaciones posteriores o guías anticipatorias específicas para cada edad.

Antes de hacer el examen de salud a esta edad, es conveniente recordar que si bien hasta este momento la familia acudía a consulta con su hijo o hija, a partir de ahora el adolescente puede acudir acompañado o no a la consulta. De esa forma el médico que va a realizar este examen de salud va ser testigo del traspaso de poderes, de padres a adolescente, pudiendo estar ante la última oportunidad de hacer medicina preventiva.

Historia clínica

La base de una buena relación con el adolescente está en conseguir su confianza, y para ello debe encontrar un profesional con quien pueda comunicarse, que no haga juicios de valor y le estimule para que abandone actitudes insanas, si las tuviera.

Cuando el paciente es conocido por el pediatra, tratar determinados temas delicados se hará con más confianza y franqueza. En cambio, si es la primera vez que se atiende al adolescente hay que tener mucha cautela y delicadeza para captar la confianza del adolescente.

La entrevista se realizará por separado al adolescente y a su familia, evitando interrupciones y no realizando juicios de valor

Como en toda historia clínica la información que se recibe debe ser actualizada con cierta periodicidad, buscando los cambios tanto protectores como de riesgo o vulnerabilidad individuales y familiares, para poder adaptar la nueva "estrategia preventiva". (Tabla I)

Cuando la madurez así lo permita, la entrevista se realizará por separado al adolescente y a su familia. Con el adolescente hay que escribir lo menos posible, evitando interrupciones o hacer juicios de valor.

Uno de los aspectos más importantes es la evaluación psicosocial del progreso del adolescente en su independencia (relación con padres), su identidad sexual (relación con compañeros) y de su papel en la sociedad (integración escolar).

El interrogatorio ha de ir adaptado a la edad y madurez del paciente.

Cuando se pregunte sobre determinados aspectos, hay que tener muy presente las situaciones de mayor riesgo en cada etapa.

En alimentación: si practican la comida en familia, el uso de dietas de adelgazamiento, si son vegetarianos o tiene problemas de obesidad. Y todo lo relacionado con los trastornos del comportamiento alimentario.

En cuanto a los hábitos higiénicos: conocer su higiene general y dental, el descanso nocturno o posibles trastornos del sueño, así como el ritmo de las deposiciones.

Hay que conocer si sus hábitos son sedentarios o activos. También si practica algún deporte, entrando en los detalles de tipo y horas de actividad física/semana, aprovechando para desaconsejar ejercicio anaeróbico (pesas y musculación) a menores de 16 años.

Las aficiones y el uso del tiempo libre tienen cada vez más interés. Interesa conocer sus actividades, a qué dedica ese tiempo libre y las horas que dedica a TV, ordenador, internet, videojuegos,...No olvidar el uso del teléfono móvil.

Es una buena ocasión para conocer su estado vacunal.

Siempre habrá que evaluar:

- Su conducta social en el hogar. Comunicación / relación entre padres e hijo.
- La conducta social con los amigos.
- Sus conductas alimentarias.
- Su actividad sexual.
- Si tiene hábitos de consumo de tóxicos (alcohol, tabaco o drogas).

Puede ser muy útil disponer de un guión que, además de facilitar la conversación, sirva para recordar los puntos más importantes a tener presentes en la anamnesis. Los Dres. García Tornel y Gaspá Martí han desarrollado el acrónimo F.A.C.T.O.R.E.S. de gran utilidad práctica (Tabla II).

Exploración física completa

Durante la adolescencia, esta exploración no debe nunca convertirse en un acto frío y rutinario, pudiendo convertirse en una prolongación de la entrevista; debe aprovecharse para contestar las dudas en áreas concretas e iniciando la conversación sobre temas íntimos. Gran importancia va a tener la actitud que tenga el adolescente durante la exploración (rechazo, colaboración, carácter, etc.).

En el examen del adolescente lo decisivo no son las técnicas ni los instrumentos. De hecho se realizará en una sala aislada, tras un biombo o mampara; se dispondrá de una bata, sábana o toalla para respetar su pudor; la presencia de familiares y/o personal auxiliar dependerá de la edad, del sexo o de las circunstancias individuales de cada paciente, debiendo contar con la opinión del adolescente. Se evitará la entrada de personas en la sala de exploración.

La exploración física será completa, tal y como se detalla en otro capítulo de este manual, aunque vale la pena destacar los siguientes puntos:

Los valores de peso y talla se deben comparar con las tablas de crecimiento y conocer el índice de masa corporal (IMC) (n: 19,2-24,9), para poder conocer si existe obesidad (>29) o se está ante una dieta incorrecta o un riesgo de anorexia nerviosa (<15). La información realizada sobre las curvas de crecimiento le hará comprender mejor al adolescente su estado actual.

En la exploración del adolescente es muy importante la valoración auxológica (peso, talla, IMC), para descartar la presencia de obesidad o trastorno del comportamiento alimentario

La valoración del estadio puberal es más fácil de entender si se muestran los dibujos que representan este desarrollo y se le indica su situación en ese momento.

En la toma de la tensión arterial, y ante la presencia de unas cifras altas han de ser comprobadas en tres controles posteriores, comparándolas con las tablas de referencia. No hay que olvidar que el consumo de drogas, alcohol, medicamentos (anticonceptivos, antiinflamatorios, antidepresivos, anfetaminas, gotas nasales, etc.) o regaliz pueden subir las cifras tensionales.

Resaltar la importancia de la exploración de la función visual que uno de cada cinco niños de 7 años desarrollará una miopía antes de los 16 años. También se pueden detectar estrabismos (4% a los 12-17 años).

Al valorar la función auditiva puede dar la cara una hipoacusia, que es más frecuente en chicos que en chicas. Hay que considerar factor de riesgo la exposición a música rock a alto volumen.

En la boca, la gingivitis tiene su mayor prevalencia entre los 12 y 17 años. La caries y la mala oclusión dentaria son muy frecuentes.

El cribado de escoliosis es de gran interés teniendo en cuenta la evidencia científica. Las que debutan en esta etapa son las más graves y frecuentes.

La exploración de genitales cobra especial importancia en los que son sexualmente activos.

El acné sigue siendo la patología más frecuente y la que más les preocupa.

En las chicas hay que conocer la fecha de la menarquia, si la han tenido, y las características de su menstruación, sugiriéndoles que lleven ellas su propio calendario menstrual.

En las adolescentes hay que incluir la edad de la menarquia y la regularidad o no de los ciclos menstruales

Pruebas complementarias

Sólo serán necesarias en determinados casos:

- La prueba de tuberculina, en población de riesgo.
- Determinación de hematocrito y hemoglobina en casos de nutrición deficiente o en chicas que tengan menstruaciones muy intensas.
- Estudio de colesterol en población de riesgo.
- Pruebas específicas en adolescentes con actividad sexual con penetración.
- Ante la solicitud de anticonceptivos.
- Trastornos ginecológicos (flujo vaginal, dismenorrea que no cede con antiinflamatorios, dolor de abdomen inferior, amenorrea).

Diagnóstico

Antes de finalizar la consulta, el pediatra informará al adolescente de su conclusión, haciendo un breve resumen de lo realizado y de su diagnóstico de buena salud, si así fuera. Si hubiera encontrado alguna disfunción, lo comentará y justificará su tratamiento, la petición de pruebas complementarias o la derivación a algún especialista, en caso de necesidad. Es un buen momento para que el adolescente pueda hacer las preguntas y aclarar sus dudas.

Para terminar: educación sanitaria

Al terminar el examen y tras comentar su estado actual se pueden sugerir hábitos a modificar, si los hubiere, y brindar información sobre el futuro a corto y medio plazo.

La educación para la salud es una herramienta preventiva y, por ello, cada encuentro de salud se puede convertir en una oportunidad para comentar de forma anticipada las necesidades de salud del adolescente. La información se ofrecerá siempre de forma verbal, pudiendo estar apoyado en material por escrito, que reforzará lo que se ha comentado. (Tabla III)

Los objetivos de prevención en esta edad, para Steinhauer, deberían incluir:

- Prevención de evasión prematura de la escuela. Si no se completa la etapa escolar, se duplica el tiempo en que esa persona quedará desempleada y dependiente del gobierno durante toda la vida.
- Prevención de delincuencia y/o parar la progresión de delincuencia menor para criminalidad adulta grave y a largo plazo.
- Prevención de embarazo de adolescentes que, si no es apoyado por la familia de la joven madre, frecuentemente ponen a ambos, madre e hijo, en una situación de dependencia para toda la vida.
- Prevención del hábito de fumar, alcoholismo y/o abuso de otras sustancias.
- Prevención de suicidio.
- Preparar a los jóvenes para el paso con éxito de la escuela al trabajo.
- Prevención del desempleo.
- Prevención de comportamientos de riesgo (drogas, sexo sin protección, vehículos a motor, el uso de armas).
- Preparación para ser padres responsables en la vida adulta y para lograr una autonomía con éxito.

Neinstein apunta que «algunas conductas de riesgo» pueden ser evitadas con medidas de prevención (uso de bebidas alcohólicas, tabaco o marihuana, práctica sexual desprotegida, delincuencia, actitudes antisociales,...). Una intervención adecuada puede dar la ocasión de prevenir el comienzo de comportamientos insanos (por los que luego habrá que tratar las secuelas) o de intervenir en otros que ya se hayan instaurado y que hagan peligrar la salud.

Sin quitar importancia a las campañas de educación sanitaria, Gordon (1983) opina que la intervención que refuerza la resiliencia tiene carácter personal específico y no es generalizable a todo un grupo de gente joven.

Existen unas estrategias que los profesionales sanitarios podemos conocer en el momento de asesorar o informar a nuestros pacientes (Tabla IV) buscando la eficacia

Guías anticipatorias para adolescentes

Los adolescentes, en general, están muy interesados en los cambios que sufre su cuerpo, siendo muy receptivos a la información que se les ofrece, sobre todo cuando se ha detectado un problema. Por ello hay que aprovechar esa curiosidad e interés para fomentar su responsabilidad

La educación para la salud es una herramienta preventiva y, por ello, cada encuentro de salud se puede convertir en una oportunidad para comentar de forma anticipada las necesidades de salud del adolescente

Necesitan información, formación, confianza en sí mismos, habilidad para tomar decisiones y capacidad de resistencia frente a las decisiones de sus compañeros

individual. Necesitan información, formación, confianza en sí mismos, habilidad para tomar decisiones y capacidad de resistencia frente a las decisiones de sus compañeros.

Si reciben información sobre cuáles son las conductas de riesgo más habituales, les ayudará a potenciar los factores protectores:

- Lesiones por vehículos a motor.
- Actividad sexual: ITS y anticoncepción.
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y drogas).
- Riesgos en la alimentación.
- Preocupación por su imagen corporal.
- Problemática escolar.
- Deporte no controlado.
- Soledad.
- Tele y ciberadicción.
- Música a altísimo volumen.
- Aficiones/tiempo libre.

Para todo ello, la «Guía de la A.M.A.» ofrece unas pautas que, en lo referente a los adolescentes, se centran en:

- Promover una mejor comprensión de su crecimiento físico, su desarrollo psicosocial y psico-sexual, y la importancia de involucrarse en decisiones que conciernen a la atención a su salud.
- Promover la reducción de accidentes.
- En hábitos dietéticos: los beneficios de una dieta sana y las formas de llevarla a cabo, así como el manejo saludable de su peso.
- Los beneficios del ejercicio físico, y el estímulo para practicarlo de forma regular.
- Comportamientos sexuales responsables, incluyendo la abstinencia.
- Promover la abstinencia del tabaco, alcohol, drogas y esteroides anabolizantes.

Guías anticipatorias para padres

Al terminar los exámenes de salud los padres también podrían recibir cierta información, de forma que conozcan mejor el camino que tienen por delante. Los padres la necesitan para que puedan asumir con orgullo y seguridad el nuevo rol que empiezan a jugar sus hijos y ellos mismos.

Han de saber que cuando ven que sus hijos “pierden el tiempo” y “sueñan despiertos”, esto forma parte del desarrollo normal de la adolescencia. La evolución de la autonomía es parte de ese proceso normal que le va a llevar a convertirse en adulto, pudiendo favorecerse esta desde la propia familia; en la mayoría de las ocasiones será un paso previo a la responsabilidad.

Sería bueno recordar unos puntos:

- No se preocupe si no tiene ganas de participar en alguna de las actividades de la familia, o que intente retar la autoridad de los padres.

- Negocie lo que puede hacer el hijo por sí mismo, incluido el tiempo en el que esté sólo en casa.
- Establezca unas expectativas reales para las normas familiares, favoreciendo el incremento de la autonomía y la responsabilidad del adolescente.
- Los límites establecidos han de ser claros, así como las consecuencias de saltárselos.
- Interésese por sus actividades escolares, y destaque la importancia de la escuela.
- Favorezca su autoestima, elogiándole y reconociendo sus éxitos y conductas positivas.
- Minimice la crítica, reprimendas y comentarios degradantes que rebajan su dignidad.
- Dedíquele tiempo y respete su necesidad de intimidad.
- Estimule su independencia en la toma de decisiones, cuando sea apropiado.
- Comente sus planes para vivir de forma independiente (manejo del dinero, cuidados de salud, preparación de la comida, educación, trabajo, estudios,...).

Una de las dificultades que tienen muchos padres es la comunicación con sus hijos adolescentes; además de buscar puentes para favorecer ésta hay que intentar evitar las barreras que puedan surgir cuando se les compara con otros adolescentes, se dan discursos moralizantes o se resta importancia a sus problemas; no ayuda nada cuando se utilizan frases humillantes como «...El problema contigo es... ¿Cómo me pudiste hacer esto?... ¿Eso es todo? ¿Pensaba que era algo importante?... En mis tiempos... Estas equivocado... ¿Cómo te puedes sentir así?... Es de tontos decir eso... No me molestes ahora... Eres estúpido... loco... incompetente...».

Desde este prisma se podría ofrecer alguna recomendación a los padres sobre la convivencia con sus hijos (Tabla V) y orientar de todo aquello que deberían tener presente cuando lleguen las temidas situaciones de riesgo de sus hijos (Tabla VI).

Cuando se conocen las cosas es mucho más fácil actuar; se da menos importancia y se dramatiza menos en los momentos de fricción, al poder verlos como normales.

Tablas y Figuras

Tabla I. La anamnesis

- Historia prenatal, perinatal y neonatal
- Enfermedades anteriores, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas
- Enfermedades crónicas
- Hábitos alimentarios
- Revisión calendario vacunal
- Rendimiento escolar y actividades extraescolares
- Historia familiar de problemas médicos y de salud mental
- Dinámica familiar y relaciones con el adolescente

Tabla II. Acrónimo F.A.C.T.O.R.E.S.

F-AMILIA:	relación con padres, hermanos grado de satisfacción (1)
A-MISTADES:	actividades deporte tipo de relaciones grado de satisfacción (1)
C-OLEGIO:	rendimiento grado de satisfacción (1)
T-OXICOS:	experimentación-abuso (2) tabaco alcohol drogas
O-BJETIVOS:	estudios trabajo familia ideales ilusiones (3)
R-IESGOS:	deportes (4) moto coche ambientes violentos medicaciones abuso sexual régimen alimentario
E-STIMA:	aceptación personal autoestima valoración imagen
S-EXUALIDAD:	información (5) identidad actividad precauciones homosexualidad

- (1) Puntuar el grado de felicidad o satisfacción en cada uno de estos apartados, de 0-10
- (2) Preguntar «alguna vez has probado...». En caso afirmativo, profundizar sobre experimentación o abuso, y comportamiento de sus compañeros.
- (3) Todos tienen más o menos ilusión en hacer algo. Hay que descartar algún conflicto o signo depresivo.
- (4) Cierta grado de riesgo va implícito en la vida adolescente, por ello hay que repasar todos sin olvidar el M-A-R.
- (5) Preguntar de forma delicada.

Tabla III.

Material divulgativo y educativo

- Desarrollo normal en la adolescencia
- Dieta equilibrada - Obesidad
- Trastornos alimentarios: anorexia nerviosa y bulimia
- Menstruación y sus variaciones normales. Dismenorrea
- Ginecomastia
- Autoexamen mamario
- Autoexamen escrotal
- Homosexualidad
- Sexualidad (SIDA, ETS, anticonceptivos, prevención embarazo, etc.)
- Alcohol, tabaco, otras drogas
- Abusos sexuales
- Fracaso escolar
- Depresión
- Acné

Tabla IV.

Estrategias para el asesoramiento y la información de los pacientes según el *US Preventive Services Task Force*

Limitar la información a las percepciones del paciente

Informar al paciente sobre los propósitos y los efectos que cabe esperar de las conductas propuestas

Sugerir pequeños cambios, en vez de grandes cambios

Ser concreto

Es más fácil añadir nuevos comportamientos que eliminar otros ya establecidos

Enlazar nuevas conductas con las antiguas

Es preferible que los mensajes sean firmes y directos

Obtener de la familia y del adolescente compromisos explícitos

Utilizar la combinación de estrategias (consejo individual, material escrito, material audiovisual, reuniones de grupo, recursos de la comunidad...)

Implicar a todo el equipo que trabaja en el programa de atención a la infancia

Remitir a la familia a otros recursos educativos (libros, grupos de autoayuda,..)

Vigilar el progreso y mejorar con la evaluación el consejo de salud

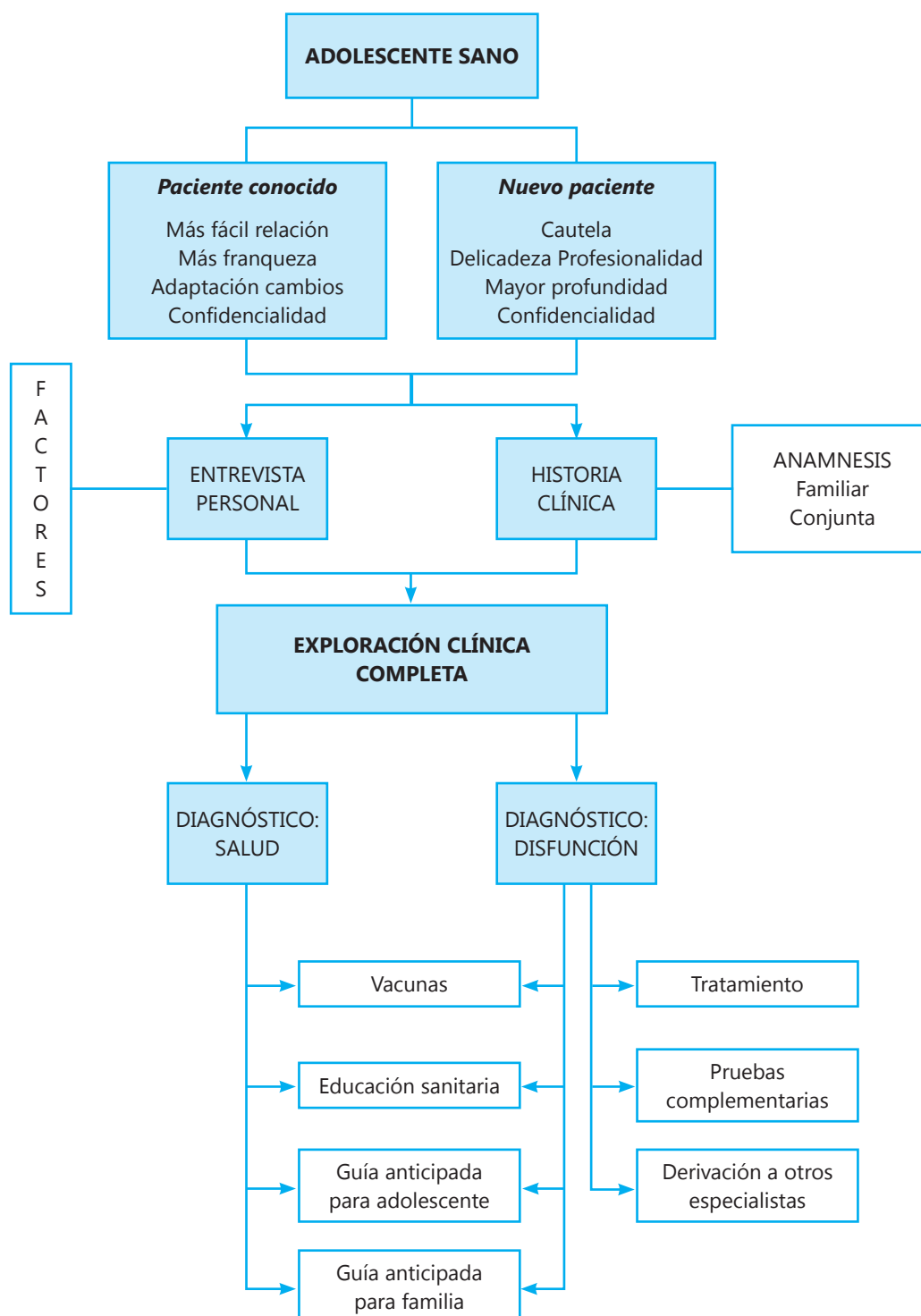
Tabla V. Recomendaciones a los padres de los adolescentes

1. Escuchar al adolescente
2. Emitir mensajes claros
3. La negociación va a ser una herramienta cotidiana
4. Considerar sus comentarios seriamente
5. Evitar mantener un pulso para ver «quien puede más»
6. Mostrar interés y preocupación por sus actividades
7. Demostrar confianza en el adolescente
8. Resaltar los atributos positivos del adolescente
9. Poner recursos al alcance del adolescente
10. Respetar la intimidad de cada uno
11. Resolver los conflictos juntos
12. Los adolescentes necesitan límites firmes, fáciles y explícitos, siendo muy beneficiosa su participación para fijar éstos

Tabla VI. ¿Qué deberían tener presente los padres ante las situaciones de riesgo de sus hijos?

1. Asumir riesgos constituye un rasgo importante, aunque preocupante, del desarrollo adolescente
2. La familia debe adoptar el modelo de vida que se desea transmitir a los hijos
3. Cuando se comentan los riesgos de una acción que un hijo va a emprender, hay que procurar llegar a un acuerdo para que dicha experiencia resulte relativamente segura
4. La negociación puede lograr un compromiso para que el hijo acepte no asumir un riesgo mayor
5. El adolescente debe ser capaz de manejar, sin ayuda, la mayoría de los riesgos; ante situaciones concretas debe saber que si se sobrepasan los límites, los padres actuarán con energía

Figura I.
Algoritmo examen salud adolescente



Bibliografía

1. Cansino Campuzano A. Exámenes periódicos de salud. *Tratado de Pediatría Extrahospitalaria SEPEAP*. 2ª edición. Ed. Ergón 2011: 17-24
2. García-Onieva Artazcoz M. Exámenes de salud. Guía anticipatoria. *Pediatría Extrahospitalaria*. Ed. Ergón 2008:69-74.
3. García-Tornel Florensa S, Gaspá Martí J. Control de salud en la población adolescente. *Pediatría Integral* 1997; 2(3):285-295.
4. Neistein LS. Screening y evaluación de la salud. *Salud del Adolescente* 1991:53-81.
5. Redondo Romero AM. Los exámenes de salud. Guías anticipatorias. En Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G.. *Medicina de Adolescencia. Atención integral*. 2ª Edición. Ed. Ergón. Madrid 2012, pág. 121-127
6. Guía de actividades preventivas por grupos de edad 2007 <http://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>

Vómitos persistentes

G. Perkal Rug

Pediatra. Unidad de adolescencia. Hospital Santa Caterina de Gerona.

Motivo de consulta

Adolescente varón de 12 años que consulta con su pediatra por presentar vómitos persistentes, alimentarios y "acuosos" de 60 días de evolución, hasta 31 episodios en un día. Algunos secundarios a tos y la mayoría espontáneos sin náuseas y precedidos por eructos intensos. Son postprandiales inmediatos y también diferidos. Refiere regurgitaciones y pirosis. No presenta fiebre ni alteración del hábito intestinal. La tos es el único síntoma no digestivo asociado. Se constata una pérdida ponderal de 3Kg en este período. Lleva 3 meses sin acudir a clases. Recibió tratamiento con Omeprazol y Domperidona sin mejoría sintomática.

Antecedentes personales

Asma extrínseca actualmente tratada con inmunoterapia y actualmente con Formoterol asociado a Fluticasona. Reflujo gastroesofágico (RGE) del lactante. Intolerancia a la lactosa que remitió al año de edad. Gastritis por H.Pylori (erradicado). Tos ferina un mes atrás tratada con Azitromicina. Calendario vacunal al día.

Antecedentes familiares

Madre con asma extrínseca y alergia a ácaros. Padre con TOC y depresión en seguimiento que requirió un ingreso en psiquiatría durante el seguimiento del paciente. Hermano de 6 años: alergia al huevo y a la PLV, edema de papila no relacionado a hipertensión endocraneal en estudio. La madre refiere que pasa muchas horas fuera de casa por trabajo y los niños están con su padre que está de baja laboral y cursando una reagudización importante de su patología.

Exploración física

Peso: 32,300 kg, Talla: 150cm, IMC: 14,35, TA:119/71, FC: 68xm Tanner: G2/P2 Normohidratado. Destacan palidez cutánea y astenia importante. La exploración por órganos y aparatos es normal.

Actitud terapéutica

Ante la sospecha de organicidad, se decide su ingreso para estudio.

Exámenes complementarios

1º Ingreso: Análítica sanguínea: Hematología: Serie roja normal. Eosinofilia del 17,2%. *Bioquímica:* ionograma, transaminasas, función renal, amilasa y EAB normales. Ferritina baja. IgA antitransglutaminasa negativa. Orina: sedimento normal. Materia fecal: sangre oculta negativa. Calprotectina: negativa. Esofagogastroscoopia: esofagitis y gastritis crónica leve compatibles con gastritis eosinofílica.

2º Ingreso: Eosinófilos en esputo: negativos. TAC craneal: normal. TAC toracoabdominal: pinzamiento aortomesentérico que condiciona un pinzamiento de la vena renal izquierda y de la tercera porción del duodeno. Tránsito EGD: normal. Fibrolarinoscopia: normal.

Evolución

En el primer ingreso se diagnostica de gastritis eosinofílica y es dado de alta con tratamiento con Metilprednisolona, Ondansetron y Lanzoprazol asociados a una dieta fraccionada y Hierro oral sin mejoría clínica. A los 2 meses reingresa para completar el estudio.

Quedando descartada una base orgánica para los vómitos se realiza una interconsulta con Psiquiatría infantil orientando el proceso como vómitos psicógenos.

Diagnóstico Trastorno ansioso depresivo asociado a vómitos que se manifiestan como un tic

Tratamiento y seguimiento

Inicialmente Diazepam y luego Lorazepam asociados a Escitalopram. Al no haber mejoría se cambia la pauta a Pimozida asociada a Escitalopram. Psicoterapia cognitivo conductual. Profesor domiciliario.

Mejora paulatinamente la sintomatología. A los 12 meses se reincorpora parcialmente al instituto. A los 24 meses es dado de alta por psiquiatría, pero continua la psicoterapia. Acurre regularmente a clases y retoma sus entrenamientos de foot ball. Datos antropométricos actuales: Peso: 41,500 kg Talla: 165,5 cm IMC: 15.1 Tanner:G4/P4.

Discusión

El cuadro ansioso depresivo del paciente tiene su origen en un contexto familiar de enfermedad psiquiátrica severa del padre, actuando como desencadenante la tos ferina que inicialmente le provocaba vómitos secundarios a los accesos de tos y que luego se perpetuaron como sintomatología ansiosa en forma de tic.

La orientación diagnóstica inicial requería descartar:

Patología digestiva: reactivación del RGE secundario a la tos ferina; oclusión intestinal (el pinzamiento aortomesentérico observado en la RM no justifica la duración e intensidad de la sintomatología); enfermedad inflamatoria intestinal; enterocolitis eosinofílica inducida por proteínas.

Patología metabólica: cetoacidosis diabética; trastorno hidroelectrolítico.

Intoxicación: descartada por el interrogatorio.

Neurológica: una masa ocupante cerebral por ser vómitos repetitivos sin náuseas previas pero faltarían otros síntomas de hipertensión endocraneana.

Patología Psiquiátrica: trastorno de la conducta alimentaria: por la pérdida ponderal asociada a los vómitos, pero en el interrogatorio no se constató una alteración de la imagen corporal, ni los vómitos eran provocados; síndrome de rumiación en adolescentes que se asocia a regurgitaciones sin náuseas y pérdida ponderal; trastorno ansioso-depresivo: la evolución favorable posterior al tratamiento con Pimozida y Escitalopram confirman el diagnóstico.

PREGUNTAS TIPO TEST

a) El síndrome de rumiación en adolescentes tiene las siguientes características excepto:

1. Se observa en niños con privación afectiva y también en niños mayores y adolescentes.
2. Su frecuencia es igual en ambos sexos.
3. Se caracteriza por la regurgitación de alimento y/o la deglución del alimento regurgitado.
4. Las formas severas se asocian a pérdida ponderal intensa e ausentismo escolar.
5. Es considerado una forma de presentación precoz o incompleta de un trastorno de la conducta alimentaria.

b) La ansiedad en adolescentes no se caracteriza por:

1. Se caracteriza por síntomas somáticos, psicológicos y conductuales.
2. Puede manifestarse como fobia, tics y/o síntomas de TOC.
3. Provoca hipersomnia.
4. Con frecuencia se asocia a depresión.
5. Mejora con la terapia cognitivo-conductual.

c) El tratamiento de la depresión en adolescentes incluye:

1. La terapia cognitivo-conductual (TCC)
2. La terapia interpersonal.
3. Un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS).
4. Antidepresivos tricíclicos.
5. 1,2, y 3 son correctas.

Respuestas en la página 76

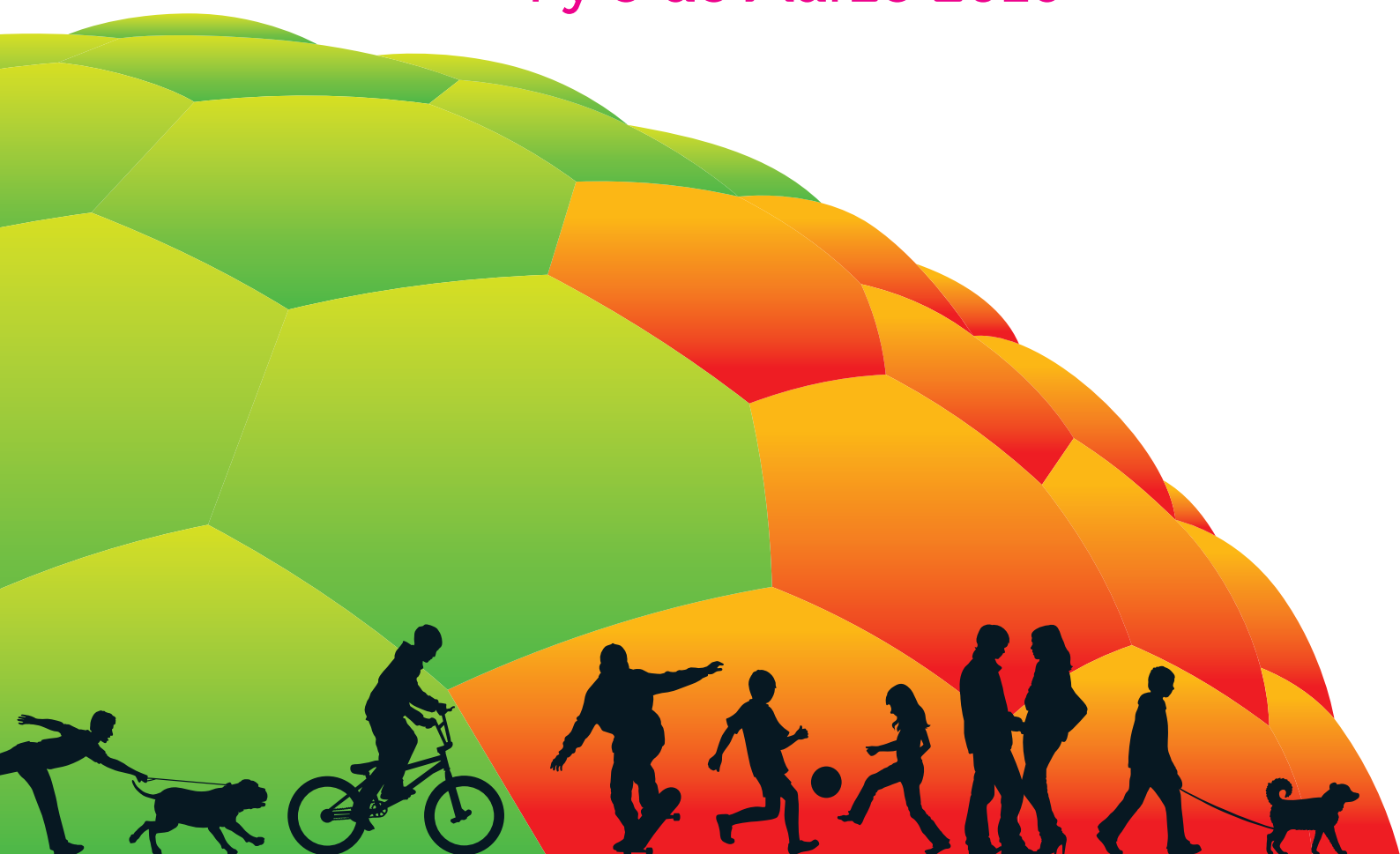
Bibliografía

1. Carballo Belloso, J.J., Díez Suárez, A., Figueroa Quintana, A., Soutullo Esperón, C. Depresión en Adolescentes. En: Hidalgo Vicario, M.I., Redondo Romero, A.M., Castellano Barca, G. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª Ed. Madrid. Ergon S.A.; 2012. p. 761-70
2. Sánchez Mascaraque, P., Martín de Francisco Murga, J., Cayrol Cancela, J. Ansiedad en la Adolescencia. En: Hidalgo Vicario, M.I., Redondo Romero, A.M., Castellano Barca, G. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª Ed. Madrid. Ergon S.A.; 2012. P.771-77
3. Forrest, J.S., MD; Pataki, C., MD; Kraft, C.A., MD. Pediatric Dysthymic Disorder. Clinical Presentation. Medscape. Jan. 03, 2014.
4. Creswell, C.; Waite, P.; Cooper, P.J. Assessment and Management of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Arch Dis Child 2014; 99(7) 674-678.
5. Brasic, J.R., MD; Pataki, C.; Windle, M.L., PHARM.D. Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. Clinical Presentation. Medscape. Jul 09, 2015
6. Robertson, W.C., Jr MD; Kao, A., MD; Talavera, F., PHARM.D., PH.D. Tourette Syndrome and other Tic Disorders. Treatment & Management. Medscape. Sep 21, 2015
7. Ferrif, F., M.D. F.A.C.P. Tourette Syndrome. Ferri's Clinical Advisor 2016
8. Di Lorenzo, C., MD. Approach to the infant or child with nausea and vomiting. UpToDate. Jun 09, 2015

XXIII CONGRESO

Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia (SEMA)

Valladolid
4 y 5 de Marzo 2016



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia

SECRETARIA CIENTÍFICA Y TÉCNICA

Srta. Inmaculada
congresosema@gmail.com
Tel. 983 36 20 70

SEDE DEL CONGRESO

Hotel Felipe IV
C/ Gamazo nº 16
Valladolid

Información actualizada en la página web de la SEMA: www.adolescenciasema.org



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

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

Evaluación de la relación y satisfacción sexual en adolescentes respecto a las relaciones establecidas "on line" o fuera de ese sistema

Assessing Relationship and Sexual Satisfaction in Adolescent Relationships Formed Online and Offline

Blunt-Vinti H., Wheldon, C, McFarlane, M, Brogan, N, and Walsh-Buhi ER.

Journal of Adolescent Health 58 (2016) 11e16.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.027>

Objetivo: El uso de Internet para conocer gente es cada vez más frecuente; sin embargo, tales conductas a menudo se consideran arriesgadas, sobre todo para los adolescentes. Estos suelen conocer gente a través de este sistema y algunos forman relaciones románticas/sexuales. Se examinó la relación y la satisfacción sexual expuestas por los adolescentes en las relaciones establecidas online- y las iniciadas fuera de ese sistema.

Métodos: Se recogieron datos de 273 adolescentes entre 13-19 años de una clínica pública entre 2010 y 2011. Las preguntas incluían: cómo conocieron a la pareja (on line o fuera), el tiempo desde el encuentro y la 1ª relación sexual, que tan bien conocían a la pareja, así como la satisfacción con la relación y la satisfacción sexual (R/S). El Análisis consistió en estadística descriptiva, pruebas t, y análisis adecuados.

Conclusiones: Los adolescentes referían establecer relaciones más satisfactorias con las parejas que habían conocido fuera de "on line", en comparación con "on line". Los resultados sugieren que alentar a los adolescentes a esperar más tiempo para conocer a su pareja antes de mantener relaciones sexuales puede mejorar la satisfacción y la calidad de las relaciones. Estos resultados proporcionan una gran contribución a la promoción de la salud sexual entre los jóvenes, entre los que el uso de esta tecnología esta omnipresente.

Propagación del estado de ánimo saludable entre las redes sociales de los adolescentes

Spreading of healthy mood in adolescent social networks

Hill EM, Griffiths FE.

House T. Proc. R. Soc. B282: 20151180.

<http://dx.doi.org/10.1098/rspb.2015.118>

La depresión es un importante problema de salud pública en todo el mundo. Hay evidencia que el apoyo social y el compartir amistad influyen sobre la salud mental, por lo que un mejor entendimiento de los procesos sociales que impulsan la depresión tiene el potencial de conllevar importantes beneficios para la salud pública. Los autores investigan la transmisión del estado del ánimo a través de las redes sociales de los adolescentes, permitiendo una flexibilidad en el modelo al no haber hecho ninguna presuposición que el estado de ánimo que se propagaba en las redes era un estado de ánimo bajo, o en cambio, saludable. Se constató que la depresión no se propaga. En cambio, el estado de ánimo saludable entre amigos se asoció con una reducción significativa del riesgo a desarrollar una depresión y un aumento de probabilidad de recuperarse de una depresión existente. En un período de 6-12 meses en una red social de adolescentes, tener suficientes amigos con el estado de ánimo saludable evidenció poder reducir a la mitad la probabilidad de desarrollar una depresión, o por el contrario, doblar la probabilidad de recuperarse de una. Estos resultados sugieren que la promoción de la amistad entre los adolescentes puede reducir tanto la incidencia como la prevalencia de la depresión.

Ciberacoso y victimización entre estudiantes de la educación secundaria obligatoria

*Cyberbullying Perpetration and Victimization
Among Middle-School Students*

Rice E, PhD, Petering R, Rhoades H, Winetrobe H, Goldbach J, Plant A, Montoya J, Kordic T.

American Journal of Public Health 2015; 105 (3): pp. e66-e72

<http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2014.302393>

Objetivos. Se examinaron las correlaciones entre el género, raza, identidad sexual y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, y los patrones de las experiencias de ciberacoso así como el comportamiento entre los estudiantes de la escuela secundaria.

Métodos. Se reclutó una muestra probabilística de 1285 estudiantes de la encuesta 2012 *Risk Behavior Survey* en escuelas de secundaria del Distrito Escolar Unificado de Los Angeles. Se efectuó regresión logística para evaluar los correlatos de ser un agresor, víctima y agresor-víctima de ciberacoso (es decir, comportamiento de acoso cibernético bidireccional).

Resultados. En esta muestra, el 6,6% informó haber sido víctima ciberacoso, 5,0 % reportó ser un agresor, y 4,3 % agresor-víctima. El ciberacoso se efectuaba habitualmente a través de Facebook o en forma de mensajes de texto. Tanto los agresores como las víctimas y agresores-víctimas eran más propensos a reportar un uso de Internet de al menos 3 horas diarias. Los estudiantes pertenecientes a minorías sexuales y los estudiantes que enviaban al menos 50 mensajes diarios fueron más propensos a ser víctimas de ciberacoso. Las chicas eran más propensas a reportar ser agresor-víctimas.

Conclusiones. Toda intervención efectuada en caso de ciberacoso debe tener en cuenta el género y la identidad sexual del sujeto, así como los posibles beneficios de efectuar intervenciones educativas con usuarios intensivos de Internet y de mensajería de texto.

Índices de Suicidio Adolescente entre 1990 y 2009: Análisis del grupo de edad entre 15 y 19 años en todo el mundo

Adolescent Suicide Rates Between 1990 and 2009: Analysis of Age Group 15e19 Years Worldwide

Kölvcs, K, De Leo

D. Journal of Adolescent Health 58 (2016) 69e77

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.014>

Objetivo: Analizar las tasas de suicidio en adolescentes de 15 a 19 años de edad, entre 1990 y 2009 en todo el mundo.

Métodos: Los datos de suicidio se obtuvieron de la base de datos de mortalidad de la Organización Mundial de la Salud y los del conjunto de la población, de datos del Banco Mundial. En total, 81 países o territorios, con datos al menos durante 5 años seguidos, entre 1990 y 1999 y entre 2000 y 2009. Se realizó un análisis de las tendencias regionales en 57 países.

Resultados: Durante el decenio considerado, el análisis mostró una tendencia a la baja en la tasa global de suicidio para los hombres de 10,30 a 9,51 por 100.000 ($p = 0,076$), y para las mujeres de 4,39 a 4,18 ($p = 0,472$). La tasa media de suicidio mostró una disminución significativa en ambos sexos en Europa, pasando de 13,13 a 10,93 ($p = 0,001$) en los varones y de 3,88 a 3,34 en las mujeres ($p = 0,038$). Hubo un significativo aumento del suicidio en los países de América del Sur para los hombres, 7,36 a 11,47 ($p = 0,016$), y para las mujeres, 5,59 a 7,98 ($p = 0,053$). Aunque otras regiones del mundo no mostraron tendencias significativas, hubo varios cambios significativos a nivel del país.

Conclusiones: La disminución del suicidio en los países occidentales, podría estar relacionado con la mejora general de la salud mundial. La posible contribución de las actividades realizadas para la prevención del suicidio aún no está claro. Los aumentos en varios países de América del Sur, podrían estar relacionados con la recesión de la economía y su impacto en los adolescentes de diversos orígenes culturales, y en parte también por la mejora en el registro de la mortalidad.

¿Qué ocurre cuando un adolescente comunica que se auto-lesiona? Los efectos de la divulgación a adultos y compañeros

*What happens when you tell someone you self-injure?
The effects of disclosing NSSI to adults and peers*

Hasking P, Rees CS, Martin G, Quigley J.

BMC Public Health (2015) 15: 1039. DOI 10.1186/s12889-015-2383-0

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.014>

Introducción. Las auto-lesiones no suicidas se han relacionado con un aumento en el riesgo de suicidio, y es un creciente problema de salud pública. Es importante facilitar al adolescente a que pueda buscar ayuda. Aunque los jóvenes que revelan esta conducta normalmente confían en sus compañeros y la familia, no está claro como el hecho de explicarlo, y el apoyo que recibe de familiares y amigos afectan la búsqueda de ayuda en el futuro.

Objetivo. Conocer el impacto que puede tener que un adolescente comparta el hecho que se autolesione, e investigar los efectos a largo plazo.

Método. Una muestra de 2637 adolescentes completaron cuestionarios de auto-reporte en tres momentos, con un año de diferencia entre cada uno.

Resultados: De la muestra, 526 informaron de una historia de autolesiones no suicidas y entre ellos 308 lo habían revelado a otra persona, por lo general amigos y padres.

Conclusiones: En general, se observó que la divulgación de autolesiones no suicidas a los padres facilita una búsqueda informal de ayuda, mejora el afrontamiento a las mismas y reduce el riesgo de suicidio, pero el compartirlo con los compañeros podría reducir el apoyo social percibido y además alentar a otros a hacerlo. Se discuten estos resultados a la luz de sus implicaciones clínicas y de investigación.



L. Rodríguez Molinero

Pediatra Acreditado en Medicina de la Adolescencia por la AEP.

¿Debo poner a mis hijos adolescentes la vacuna contra la meningitis?

Supongo que se refiere a la vacuna contra la meningitis por Meningococo-B, comercialmente llamada BXSERO.

En los calendarios oficiales de todas las CCAA consta la vacuna contra varios tipos de meningitis. La producida por el Hemophilus, por el Neumococo y por el Meningococo C. Solo faltaba la BXSERO para cubrir la mayoría de meningitis bacterianas más frecuentes en nuestro medio.

Hace varias décadas cuando no teníamos este arsenal de vacunas, la meningitis suponía un riesgo que nos agobiaba tanto a padres como a pediatras. En aquella época suspirábamos por encontrar una vacuna que protegiera como sucedía contra el tétanos, la difteria o la tosferina. Actualmente estamos pasando una "luna de miel" de las meningitis debido a disponer de estas vacunas.

La meningitis por Meningococo B, es rara aunque de alta mortalidad y frecuentes secuelas. Sabíamos que no era fácil encontrar una vacuna contra el meningococo B. Pero la técnica ha superado las dificultades y ya la tenemos en el mercado. Al principio salió con uso exclusivo hospitalario y desde el 1 de octubre de 2015 ya está disponible en las oficinas de farmacia.

La vacuna es buena en cuanto que consigue protección si se siguen los consejos de la ficha técnica. Las dosis recomendadas son dos dosis con un intervalo de al menos 4 semanas entre dosis. Ninguna CCAA tiene incluida la vacuna en calendario oficial. Pero todas la tienen disponible para los llamados grupos de riesgo, aquellos cuya patología medica supone un inconveniente añadido, por ejemplo inmunodeficientes o cardiopatas. El precio supera los cien euros/dosis. Por tanto la decisión está en manos de las familias que lo deseen. La demanda ha sido tan grande que se han agotado las existencias en las farmacias. En algunas oficinas han creado una "lista de espera" para cuando la industria produzca nuevas remesas. Los padres deben saber que la producción de vacunas es un proceso lento que exige varios meses, en este caso, cerca de 8 meses, y que la oferta se regula por la demanda. En caso de demanda excesiva puede darse el caso de desaparecer del mercado el producto como ha sido en este caso.

A los profesionales que trabajamos en el Sistema Nacional de Salud nos cuesta mucho dar este consejo, pero hay que entender que somos empleados de un sistema que tiene la obligación de buscar la eficiencia al administrar el dinero publico. En la mente de muchos usuarios y ciudadanos está la idea de la sociedad del bienestar, del consumo, de la industria y del mercado donde la oferta de "consumo sanitario" hace perder la objetividad de la realidad clínica y darse el caso de "sobreactuar" en base a la libertad de los padres. Algunas familias también buscan la eficiencia de su economía y dejan que pase esta situación para tomar con mas tranquilidad la decisión. Entienden la información que le proporciona su pediatra de confianza de una manera objetiva y libre.



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia



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

Desde esta publicación digital les damos la bienvenida a la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Nuestra sociedad científica nació en el 1987 como sección especializada de la Asociación Española de Pediatría, y bajo el impulso del Dr. Blas Taracena del Piñal, su fundador y primer presidente.

Nuestro objetivo principal es lograr una atención de calidad a la salud integral de los adolescentes. Para ello no nos conformamos con una adecuada actividad terapéutica, sino que queremos incidir en el ámbito sanitario, en las familias y en la sociedad para que se desarrolle una verdadera actividad preventiva.

La Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia quiere abrir, desde este mundo digital, una ventana a todas aquellas personas que se sientan atraídas por los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se entremezclan en esta apasionante segunda década de la vida.

A través de este espacio virtual les invitamos a compartir inquietudes e información, dudas y soluciones, al fin y al cabo herramientas que sirven para ayudar en la convivencia o en el trabajo con nuestros chicos y chicas.

Deseamos traspasar el ámbito estrictamente profesional y poder llegar hasta las madres y padres de los adolescentes, hasta los profesores y, si tenemos el gancho suficiente, hasta los propios adolescentes y jóvenes.

A todos ellos les pedimos ya, desde este momento, su opinión y su colaboración para hacer de ésta, un lugar interactivo y de franca utilidad.

Deseamos que este sea nuestro granito de arena en la construcción de un mundo mejor para todos.

Con nuestros mejores deseos,

Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia



Hazte socio

La cuota de inscripción a Adolescencia SEMA es de sólo 25€ anuales.

Carta de un hijo a su padre

Por **Negrito Tony** (edad, 20 años)

“ Querido papá, ¿por donde comenzar? Hay tantas cosas, tantos momentos, tantas alegrías compartidas. Creo que una buena manera de darle inicio a esta carta sería agradeciéndote por haberme dado la vida, a pesar de las peleas, los obstáculos, las cosas difíciles, vos siempre estuviste ahí para poner el pecho a cualquier tipo de problema. Me enseñaste a ser feliz con lo que uno tiene y me diste las herramientas para poder salir adelante, y son las dos cosas más importantes que una persona necesita para afrontar la vida! Te agradezco por todo lo anterior y te agradezco por esos lunes de fútbol, por esas tardes en la caldera, por los domingos de River, por la pasión y el amor a los animales y el campo, algo que marcó mi vida desde chico de tal manera que hoy en día es lo que estoy estudiando, y el día de mañana va a ser de lo que voy a tener el placer de trabajar.

Sé que muchas veces la relación entre nosotros no fue lo mejor, tuvimos choques, peleas, enojos, etc., etc. Pero también sé que en ninguno de esos momentos dejé de amarte y sé que el día que necesito apoyo puedo levantar el teléfono y tener un hombro donde poder apoyarme y levantarme de cualquier situación difícil o conflicto!

Sos una gran persona, se me vienen a la cabeza tantas cosas al escribir esta carta, que no me darían las hojas de un libro para llegar a anotar todo!

La verdad que se hace difícil pensar en una vida sin un padre, también sin una madre, pero en este caso la carta es para vos PAPÁ. "Papa" una de las palabras que un niño dice primero, si es que no es la primera, desde tan chiquitos ya sabemos que lo primero que hay en la vida es ese ser que da el ejemplo, nos formamos viendo esa imagen grandiosa, "mi papá es el mejor", "mi papá lo puede todo", "papá ayúdame", "papá llévame", "papá tengo miedo", "papá esto", "papá lo otro", "papá", "papá" y "papá"... ¿qué sería de todas esas frases sin tener la palabra papá adelante? ¿Qué sería de nosotros, tus hijos, sin alguien a quien poder pedirle todo eso? La vida no tendría sentido, no sabríamos por qué camino ir, para dónde ir, que hacer, de que cuidarnos, y todas esas cosas en las que un padre como vos ayuda a un hijo como yo ...

Me gustaría llegar a algún día ser como vos, es un gran sueño llegar a tener la vida de un ídolo. Y el gran ídolo de la vida sos vos, sos el messi del equipo. Una vez más te agradezco por todo, no hay palabras suficientes para explicar el aprecio que te tengo, ojalá estés siempre para mí, sería el regalo más grande que la vida me puede dar.

Busque una frase en internet para vos papá, y encontré esta:

"¡Cuán grande riqueza es, aun entre los pobres, el ser hijo de buen padre!" - Juan Luis Vives.

Soy feliz y estoy agradecido de ser lo que hoy en día soy, y eso te lo debo a vos paa! ”

Esta carta la leyó el hijo a su padre en la consulta del Dr. Eduardo Panza (Salta la Linda-Argentina), y fue una experiencia extraordinaria para los tres, el hijo, el papá y el médico!!!



F. Notario Herrero

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

Nuestros adolescentes y el tabaco: un futuro prometedor

“Las nuevas generaciones no recordarán la imagen de bares y restaurantes llenos de gente fumando y cargados de humo, y sin duda esto contribuirá a disuadir su inicio en el tabaquismo”. Esto nos asegura la Dra. Regina Dalmau, desde el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), presidenta del mismo y cardióloga del Hospital La Paz, al cumplirse el quinto aniversario de la entrada en vigor de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Además de constatar las ganancias en salud, como por ejemplo los ingresos por asma en niños y adolescentes. El CNPT tiene una hoja de ruta para reducir el tabaquismo en un consumo inferior al 5% en 2040, una de sus medidas entre otras sería buscar el apoyo de los educadores para incidir de forma más efectiva en la población adolescente.

Anorexia. Nuevas facetas

Uno de cada 250 adolescentes va a sufrir algún trastorno alimentario a lo largo de su vida. Eso nos dicen las estadísticas, y algunos expertos con motivo del día internacional de la enfermedad. Esta enfermedad mental se inicia cada vez en chicas más jóvenes, entre los 13 y los 14 años y gracias a un mejor diagnóstico se está haciendo más visible en varones. Nos recuerda la Dra. Montserrat Graell, desde la unidad de trastornos alimentarios del niño y adolescente en el Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid, minimizar el problema puede llevar a consecuencias nefastas, aunque la prevalencia se mantiene más o menos estable desde los 90, lo destacable ahora es el adelanto en su inicio, desde los 15 años hasta los 13, e incluso antes. La Dra. Graell lanza un mensaje de esperanza al detectarla a tiempo, con remisiones totales en un 60 por ciento y cronificaciones de aproximadamente un 20 %. Por otro lado la Policía investiga el grupo de WhatsApp que promueve la anorexia, y asociaciones como Protégeles, presidida por Guillermo Cánovas, colaboran directamente con la unidad de Investigación Tecnológica de la Policía Nacional.

Internet, información y salud

Seguro que no descubrimos nada si recordamos que la adolescencia es una etapa de cambios constantes en la que pueden producirse dificultades. Los adolescentes se muestran reticentes a comunicarse, lo que se acentúa más cuando se trata de problemas de salud. Hoy en día, la tecnología forma parte de las vidas de nuestros adolescentes, por lo que es frecuente que recurran a las plataformas que se encuentran en su entorno en vez de a personas expertas cuando se ven afectados por estos problemas. Según el estudio DIFERENCIAS DE GÉNERO Y EDAD EN EL USO DE INTERNET PARA LA SALUD, NECESIDADES E INVESTIGACIÓN DE AYUDA EN ADOLESCENTES DE CATALUÑA, realizado por la Universidad Oberta de Catalunya (UOC), los adolescentes usan internet mayoritariamente para buscar información sobre salud, pero cuando tienen un problema acuden a amigos y padres en detrimento de otros profesionales. Como conclusiones, reconociendo que internet puede aportar información útil, les permite conocer a otras personas con los mismos problemas, y les aporta anonimato y gratuidad del servicio, las autoras (N. Guillamón y cols.) recomiendan dotar a los adolescentes de recursos para sus búsquedas, si bien las tecnologías no podrán sustituir nunca el contacto cara a cara, serán un complemento en la promoción de la salud.

Pantallas y adolescentes: problemas visuales y musculares

Otra vez las nuevas tecnologías: ordenadores, Smartphone, videoconsolas son una forma de ocio muy extendido entre los adolescentes, y aunque sabemos que su uso tiene indiscutiblemente ventajas, su utilización prolongada también puede repercutir en su salud. Los adolescentes pueden presentar problemas visuales, como miopía, fatiga visual o tics debido a la exposición prolongada a las pantallas. Una de las causas de la aparición temprana de problemas visuales es que los niños empiezan a utilizar productos tecnológicos desde muy pronto. Además de la edad, los hábitos y la conducta frente a estos aparatos, puede influir sobre los trastornos de visión: proximidad, visionado con falta de luz natural, etc. están provocando que aumenten los casos de miopía. El uso inadecuado de tecnologías también puede provocar problemas musculares. Una mala higiene postural, frente a las pantallas, puede conllevar contracturas y otros problemas musculares que a falta de prevención y tratamiento, pasaran a la cronicidad. El Dr. Bernabéu desde el Hospital HM Vallés en Madrid, recomienda a nuestros adolescentes a grandes rasgos controlar el tiempo que pasan frente a las pantallas, buena iluminación, buena distancia y superficies estables para apoyar los dispositivos, mejor no en el coche.

“Emodiscovery” e inteligencia emocional

El juego “online” EMODISCOVERY desarrollado por investigadoras de la Universidad de Plymouth (Reino Unido) y que se implantará en primer lugar en España, podría ayudar a evaluar la inteligencia emocional en pre-adolescentes y detectar posibles problemas. Las autoras del proyecto (López-Pérez, Pacella, Howells) hacen hincapié en la utilidad que posiblemente tenga el juego para comparar la respuesta de la mayoría de niños a partir de la edad de 8 años, con aquellos con autismo altamente funcional o síndrome de Asperger y TDAH, casos todos ellos con dificultades en la regulación emocional. El juego ya se puede probar en español en la página web www.emodiscovery.com/es y reta a estos niños mayores, en la puerta de la adolescencia a superar 6 niveles de dificultad, en los cuales el personaje elegido por el jugador se enfrenta a diferentes situaciones y sentimientos de felicidad, tristeza, ansiedad y miedo, con distintas posibilidades de actuación. Podría ser una herramienta fundamental para evaluar la inteligencia emocional e identificar si un pre-adolescente necesita ayuda para mejorarla. Además de identificar y mejorar las capacidades de estos menores, los responsables de la idea confían en que este juego sirva para avanzar en el conocimiento de la inteligencia emocional y su desarrollo al final de la infancia.

Edvar Munch y la adolescencia



Si en el último ADOLESCERE, terminábamos nuestras “noticias” con referencia a los poemas inéditos de Pablo Neruda, hoy nos despedimos en el terreno artístico de la pintura, concretamente con el genial pintor noruego Edvard Munch (1863-1944), con motivo de la exposición **ARQUETIPOS** que acaba de clausurarse en el Museo Thyssen-Bornemisza en Madrid, la mayor desde 1984, y que ha reunido 80 obras, la mitad de las cuales nunca se habían visto en nuestro país. En torno al autor de **El Grito** símbolo universal de la angustia y la alienación del hombre moderno, se ha construido una imagen de artista deprimido, enfermo solitario y psicológicamente perturbado. “En mi arte he intentado explicarme la vida y su sentido, he pretendido ayudar a los demás a entender su propia vida” dijo. Le interesaban los sentimientos de soledad, melancolía, desasosiego o pasión. En este lienzo (**Pubertad, 1914-1916**)

que hemos podido disfrutar en la reciente exposición y que se encuentra en la Nasjonalgalleriet de Oslo, Munch escapa del naturalismo en la pintura y proyecta un espacio casi abstracto del cuerpo de una adolescente, sentada en el borde de la cama, arquetipo por excelencia de la “femme fragile” a punto de convertirse en mujer. Esta **PUBERTAD**, podría tratarse entonces de una alegoría sobre el despertar sexual, o de la transición de la niñez a la edad adulta.

Nueva tipología de maltrato infantil: formas de maltrato sexual

Fundamentación

El discurso actual sobre el bienestar y el buen trato en la infancia y adolescencia, siendo coherentes, nos obliga a reconocer algunas formas de maltrato infantil silenciadas.

La tipología hoy vigente, en Occidente, y en España en concreto, ha tenido una evolución histórica que explica sus indudables logros y sus deficiencias. Primero se reconoció el maltrato físico, estábamos en los años 60, y se acabaron señalando diferentes subtipos de maltrato físico. Pronto investigadores y profesionales comprendieron que también podía haber maltrato emocional, aunque no hubiera maltrato físico, y que estos podían darse a la vez. También en este caso, fue fácil señalar diferentes subtipos.

Igualmente, se hizo evidente que no solo hay maltrato por acciones intencionadas, sino también por "omisiones", por dejar de satisfacer necesidades fundamentales; es lo que llamamos negligencia, en la que se distinguen también numerosos subtipos.

Cuando, a partir de los ochenta, se hicieron múltiples investigaciones sobre abusos sexuales, los datos fueron tan alarmantes que, con razón, se incluyó un nuevo tipo de maltrato, el abuso sexual. Esto supuso un gran avance y ha ayudado a romper el silencio sobre este problema, que puede afectar a un 10% de niños y un 20% de niñas aproximadamente, en diversas sociedades estudiadas.

Lo que proponemos, desde la teoría de las necesidades y el enfoque de buen trato en la infancia, es que, por coherencia conceptual y buscando el bienestar sexual de menores y personas adultas, se amplíe el concepto de este cuarto tipo de maltrato y se señalen subtipos, así como que, en el caso la Negligencia, se incluyan también las omisiones de cuidados básicos en el campo del desarrollo sexual y afectivo.

Las *críticas* que hacemos a la *clasificación actual* son bien contundentes.

En primer lugar, no es coherente conceptualmente que en unos casos se usen categorías generales y subtipos (caso del maltrato físico, emocional y negligencia) y al llegar a la sexualidad solo se considere un tipo de maltrato (los abusos sexuales a menores). Por ello proponemos que se use, también en este caso, una categoría general, el "maltrato sexual", como clave clasificatoria de todos los maltratos sexuales silenciados hasta el momento.

Este silencio, por otra parte, no es un mero olvido, sino resultado del predominio de las corrientes sexofóbicas en relación con la sexualidad infantil y adolescente, presentes también en parte del mundo anglosajón, que para bien y para mal es nuestro modelo de referencia.

En segundo lugar, no es adecuado considerar maltrato solo el abuso sexual, porque hay otras formas de maltrato

sexual por acción o por omisión (negligencia) que son también muy graves. Por ejemplo, no aceptar la identidad sexual o la orientación del deseo homosexual puede ser tan grave o más que algunas formas de abusos sexuales.

Ha sido un gran avance romper el silencio sobre los abusos sexuales. Nosotros mismos hemos contribuido de forma decisiva a ello en España, llevando a cabo, con apoyo del Ministerio de Asuntos Sociales y de la Universidad de Salamanca, la única investigación con una muestra nacional (López, y otros, 1994); pero reconocer la importancia de los abusos sexuales no implica olvidar otras formas de maltrato sexual de menores, niños y niñas, durante la primera infancia y la adolescencia; y en el caso de las mujeres, la violencia de género, que empieza con frecuencia en la infancia, con una socialización sexista.

Por último, señalar que, además de olvidar algunas formas graves de maltrato sexual, se han clasificado de forma inadecuada otras.

Por ejemplo, cortar el clítoris a una niña se considera una forma de maltrato físico como otras mutilaciones y es evidente que lo es; pero es antes que nada y sobre todo una forma grave de maltrato sexual, porque afecta a la fisiología del placer sexual de la mujer y a su vida sexual y amorosa. Es un atentado, una forma de maltrato muy grave contra la propiedad del cuerpo y la sexualidad de la mujer. El clítoris es de la niña, no de su madre, su familia, su cultura o su Dios.

Proponemos, por tanto, **completar la clasificación existente** incluyendo **una nueva tipología general** etiquetada como "maltrato sexual", entendiéndola como cualquier acción intencionada, no accidental, u omisión que pueda hacer daño a la sexualidad infantil y a su desarrollo sexual y amoroso posterior.

Por otra parte, en nuestra cultura occidental, esta dimensión ha sido ideológica, política y legalmente muy maltratada, porque se acabó imponiendo una visión muy negativa de la sexualidad que ha provocado durante siglos la persecución de toda manifestación sexual infantil y de las diversidades sexuales.

Esta historia de represión moral, política, legal y social, debería hacernos repensar la regulación de la sexualidad en nuestra cultura y en nuestras sociedades concretas.

A partir de la categoría general de "**maltrato sexual**" **proponemos los siguientes subtipos**:

1. *Las mutilaciones o daños físicos* en órganos de *claro significado sexual*, como la mutilación del clítoris, los labios menores o mayores; así como la mutilación de mamas o la presión con objetos que impidan su crecimiento, etc.

Estas prácticas son un atentado contra la propiedad del cuerpo y la libertad, amenazando el desarrollo sexual y la vida sexual y amorosa de las personas para toda su vida.

Como ocurre en otros muchos casos, las mutilaciones son también, a la vez, una forma de maltrato físico y emocional, pero es importante que sean reconocidas como un atentado específico a la vida sexual y amorosa de las mujeres.

2. Los *matrimonios concertados de menores prepúberes o adolescentes* por parte de personas adultas, con frecuencia, aunque no solo, niñas que son entregadas como esposas por la propia familia.

Las formas son muy variadas, pero siempre son un atentado a la propiedad de su cuerpo y la libertad para decidir su vida sexual y amorosa, truncando, además, su desarrollo en numerosos aspectos, como el académico y profesional.

3. *Abusar sexualmente de una persona menor* que no puede consentir, dada su edad (o sus limitaciones mentales y sociales) o que es sometido/a cualquier conducta sexual sin su consentimiento.

Las formas de abuso y las estrategias de los abusadores son muy diversas, incluyendo acciones a través de internet como el *sexting* y el *grooming*, entre otras.

La persona que abusa suele servirse de su asimetría de edad (por su mayor poder y conocimiento) y de diferentes formas de coerción o engaño. Los abusos sexuales son un atentado contra la vida sexual y amorosa de las personas menores, su libertad y su infancia, con efectos que, en algunos casos, duran toda su vida.

4. Las *diferentes formas de explotación sexual comercial de menores*, con dos formas bien específicas, la mal llamada prostitución infantil (porque en ningún caso puede considerarse una decisión libre) y la pornografía infantil.

Estas formas de maltrato sexual deben figurar separadas de los abusos sexuales, porque su naturaleza comercial, contexto social, motivación, etc., es muy distinta.

En el primer caso, se trata de la venta o compra de servicios sexuales de menores o de la participación en cualquier tipo de mediación comercial en esta actividad.

En el segundo, se trata de involucrar a menores en la producción, comercialización, venta, compra, difusión o uso de contenidos con pornografía infantil-adolescente.

5. La *no aceptación de la identidad sexual*, incluidas la transexualidad y transgénero de un niño o una niña.

Es un atentado a su identidad personal, no reconociendo lo más específico de una persona, su yo más auténtico que, como es sabido, puede conllevar numerosos sufrimientos y efectos muy negativos en la vida sexual y amorosa, familiar, escolar y social.

6. La *no aceptación de la homosexualidad o la bisexualidad en la infancia o la adolescencia*. Estas personas tienen las mismas necesidades sexuales y amorosas que el resto de la

población, necesidades que desean resolver con personas de su propio sexo o con ambos sexos. No aceptarlas atenta contra su identidad como persona, toda su vida sexual y amorosa, la pareja o familia que puedan desear tener, etc., pudiendo ocasionarles graves daños psicológicos, sociales y profesionales.

7. La *negación a las personas con discapacidad de la educación sexual y los derechos sexuales* que podrían hacer efectivos si recibieran las ayudas adecuadas.

El principio de la integración y mayor normalización posible de las personas con discapacidad también debe extenderse al campo sexual, afectivo y amoroso. Lo contrario es un atentado a derechos fundamentales de estas personas, que no deben tener más limitaciones que las derivadas de su grado de discapacidad, si fuera el caso.

8. Las *diferentes formas de negligencia sexual*, como no ofrecer información y educación adecuada en la familia y escuela para su salud sexual.

Diferentes formas de negligencia sexual como negar informaciones básicas, dejando de hacer una adecuada educación sexual positiva, impedir a profesionales en la escuela o en los servicios sanitarios y sociales que informen a la población infantil y adolescente y les ayuden a evitar riesgos, es una forma de negligencia que puede tener graves consecuencias personales y sociales bien conocidas.

9. La *violencia de género y todo tipo de violencia intrafamiliar* puede tener graves consecuencias para niñas, niños y adolescentes, por lo que debe ser considerada también una forma específica de maltrato a la infancia que afecta muy especialmente a la mala socialización como hombre o como mujer.

Además de las consecuencias directas de la violencia manifiesta, los modelos educativos no igualitarios perpetúan las desigualdades e impiden el sano desarrollo de hombres y mujeres, socializando para la discriminación de las mujeres desde la infancia y provocando carencias que dificultan la vida sexual y amorosa de ambos sexos.

Asociaciones y personas pueden unirse en defensa de esta propuesta, con el fin de mejorar la protección de la población infantil y juvenil, las relaciones de género y la educación sexual.

Se trata de conseguir que personas expertas, profesionales y representantes políticos la apoyen, con independencia de que tenga que ser matizada antes de formar parte del código penal u otros documentos a favor de la infancia.

Academia Española de Sexología y Medicina Sexual

www.academiadesexologia.es

Nota:

El próximo día 18/02/2016 tendrá lugar en el Hospital Universitario Santa Cristina de Madrid la **Sesión Práctica sobre: El manejo de Trastornos Ginecológicos de la Infancia y Adolescencia** con la colaboración de la SPMYCM y la SEMA patrocinio de laboratorios Ordesa

- Moderador: MI Hidalgo Vicario .
- Ponente: MJ Rodriguez Jimenez

Respuestas correctas

Situación de la adolescencia en la España actual: 1e, 2d, 3c, 4b, 5d.

Atención al adolescente. ¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Dónde?: 1e, 2d, 3e, 4d, 5d.

¿Por qué una medicina basada en los valores? Una reflexión desde la ética: 1c, 2e, 3d, 4b, 5d.

La incidencia de la Ley 26/2015 en la Ley 41/2002 sobre capacidad de los menores de edad en el ámbito sanitario: 1d, 2b, 3b, 4d.

Vómitos persistentes: a.2, b.3, c.5.

a) **Respuesta 2**

El *síndrome de rumiación* es más frecuente en el *sexo femenino*. Se caracteriza por la presencia de regurgitación sin náuseas postprandial inmediata con o sin deglución posterior del alimento regurgitado. Los síntomas desaparecen horas después de la comida y no ocurren durante el sueño.

b) **Respuesta 3**

La *ansiedad* provoca *trastornos del sueño* principalmente *insomnio de conciliación y despertar precoz*. Se asocian diversos síntomas

1) *Físicos: Vegetativos:* sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad *Neuromusculares:* temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias. *Cardiovasculares:* taquicardia, dolor precordial. *Respiratorios: disnea. Digestivos:* náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, aerofagia. *Genitourinarios:* micción frecuente, problemas sexuales.

2) *Psicológicos y conductuales:* aprensión, agobio, ánimo deprimido, miedo a perder el control, sensación de muerte inminente, sentimientos de despersonalización y desrealización, dificultades de concentración, irritabilidad, inhibición o bloqueo psicomotor, obsesiones o compulsiones.

c) **Respuesta 5**

El *tratamiento de la depresión* en niños y adolescentes incluye los *antidepresivos del grupo de ISRS* asociado a la *TCC* y a la *Terapia interpersonal*. El ISRS más utilizado es la *fluoxetina* pero también la *sertralina*, *fluvoxamina*, *citalopram* y *escitalopram* tienen una efectividad similar (47-70%). Los antidepresivos tricíclicos no son efectivos.

Ética de las relaciones sexuales y amorosas

Félix López Sánchez (2015) Madrid:

Editorial Pirámide



En este libro se desarrolla UNA PROPUESTA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS Y CONTENIDOS de la ética sexual y amorosa, un campo olvidado, no solo en España, sino a nivel internacional.

Abandonada la moral represiva y sexofóbica de la cultura judeo-cristiana, nuestra sociedad de mercado y consumo ha hecho de la sexualidad y las relaciones amorosas un producto más de uso, banalizando las relaciones y recurriendo a nuevos mitos: de la represión sexual a la obligación de tener relaciones sexuales, de la monogamia al poliamor, de la prostitución a los contactos y masajes, de la contención a la experimentación, de la normalización convencional a la publicidad y exhibición de las formas de sexualidad antes consideradas desviadas, etc.

Lo que antes era pecado, se convierte ahora en deseable e incluso obligatorio. Antes nos engañaban y ahora también.

La sexualidad se usa como mediador de la publicidad de todo tipo de productos o como contenido explícito para ser vendido a los espectadores o a quienes compran actividad sexual. Es decir, la sexualidad ha pasado de ser "lo secreto", a ser un producto más del mercado.

Es así como las relaciones sexuales se pueden convertir en un "campo de minas".

Es necesario hacer un discurso sobre la sexualidad, ubicándola en el REINO DE LA LIBERTAD, no en el reino de la necesidad y del consumo, justo para evitar la violencia, el acoso, los abusos, la coerción, la búsqueda egoísta del propio placer olvidando el de la pareja, etc.

En este libro entendemos la ética como la aplicación de la inteligencia emocional (el buen corazón empático) y la razón (la prudencia aristotélica y la sabiduría kantiana) a las relaciones sexuales y amorosas, justo para gozar más y mejor con los demás, sin dejarnos doblegar por doctrinas represivas ni manipular por las reglas de mercado.

Para ello, defendemos argumentalmente los siguientes principios: ética del consentimiento, ética del placer compartido, ética de la igualdad, ética de la lealtad, ética de la salud, ética del derecho a la vinculación y desvinculación, ética de los cuidados a la familia y la crianza y ética de la diversidad.

Puedes enviarme comentarios del libro a flopez@usal.es



sema

Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia