

# adolescere

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



Volumen XI  
ENE-FEB 2023

Nº 1

PROBLEMAS  
PSICOSOCIALES EN LA  
ADOLESCENCIA



Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia



**21  
ABRIL  
2023**

# Salud Integral

**EN LA ADOLESCENCIA**

**VIII Edición**

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA  
DE LA ADOLESCENCIA**

[www.adolescenciasema.org](http://www.adolescenciasema.org)



**Espacio Maldonado**

Salón de Actos  
C/ Serrano 104 · Madrid

Solicitada la  
Acreditación a la  
Comisión Nacional  
de Formación  
Continuada.



Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia

**adolescere**



**sepeap**

Sociedad Española de Pediatría  
Extrahospitalaria y Atención Primaria

## Problemas psicosociales en la adolescencia

# Sumario

### Directora

M.I. Hidalgo Vicario, MD, PhD. Madrid

### Subdirectores

L. Rodríguez Molinero, MD, PhD. Valladolid

M.T. Muñoz Calvo, MD, PhD. Madrid

### Consejo editorial

G. Castellano Barca, MD. Cantabria

L.S. Eddy Ives, MD, Barcelona

M. Güemes Hidalgo, MD, PhD. Madrid

F. Guerrero Alzola, MD, PhD. Madrid

P. Horno Goicoechea, PhD. Mallorca

L. Liqueste Arauzo, MD, PhD. León

F. López Sánchez, PhD. Salamanca

F. Notario Herrero, MD. Albacete

P.J. Rodríguez Hernández, MD, PhD. Canarias

M.J. Rodríguez Jiménez, MD. Madrid

P. Sánchez Masqueraque, MD, PhD. Madrid

### Traducciones al inglés

English translations

M. Güemes Hidalgo, MD, PhD. Madrid

### Junta Directiva de la SEMA

#### Presidente

F. Notario Herrero

#### Secretaria general

T. Gavela Pérez

#### Tesorero

L. Liqueste Arauzo

#### Vocales

M.J. Ceñal González-Fierro

I. Güemes Heras

M.T. Muñoz Calvo

M. Zafra Anta

#### Asesora de la JD

M.I. Hidalgo Vicario

#### Directora de la Web

M. Pérez Pascual

#### Coordinadora editorial

M.I. Hidalgo Vicario

#### Editado por

SEMA. Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

www.adolescenciasema.org

#### SopORTE válido publicitario

Nº 13/17-R-CM

#### Depósito Legal

M-30895-1991

#### ISSN

Edición impresa: Edición on-line:

ISSN 2695-5474 ISSN 2695-5687

### 003 Editorial

¿Qué les preocupa a los adolescentes hoy?

L. Liqueste Arauzo

### 005 Temas de revisión

Salud psicoemocional

M.V. López-Sánchez, P. San Millán Tejedor, J.A. López-Villalobos

### 016 Relaciones familiares, sus problemas ¿cómo abordarlos?

G. Pírez Mora

### 025 Relaciones escolares/universidad; amigos, sus problemas y qué hacer

L. Rodríguez Molinero

### 038 Salud digital

M.A. Salmerón Ruíz

### 047 Abusos, agresiones y otras formas de maltrato sexual en adolescentes

F. López Sánchez

### 060 Violencia del adolescente entre iguales, con los padres. MENAS. ¿Cómo actuar?

P.J. Rodríguez Hernández, L.M. Torres Tejera

### 072 Adolescente con enfermedad crónica-discapacidad

V. Santana Rojo, M. Pintó Rubio, A. Bordas Pérez

### 086 Algoritmo

Intervención ante conductas problemáticas de los adolescentes con sus familias

Comité Editorial de Adolescere

### 087 Caso clínico

Duelo amoroso

L. Rodríguez Molinero

### 094 Adolescencia y vacunas

Adolescencia y COVID-19

A. Gatell Carbó, N. López Segura, P. Serrano Marchuet, F. Pagone, M. Villalobos Gálvez,

A. Soriano Arandes

### 103 El profesional ante el paciente

Leire

E. Clavé Arruabarrena

### 106 Los padres preguntan

"Mi hijo me ha tirado al suelo..."

L. Rodríguez Molinero

### 108 Entre nosotros

Mi historia comienza en primero de la ESO... por Juan

### 109 Novedades médicas

F. Notario Herrero

### 111 Noticias. Crítica de libros

Sobre la crianza

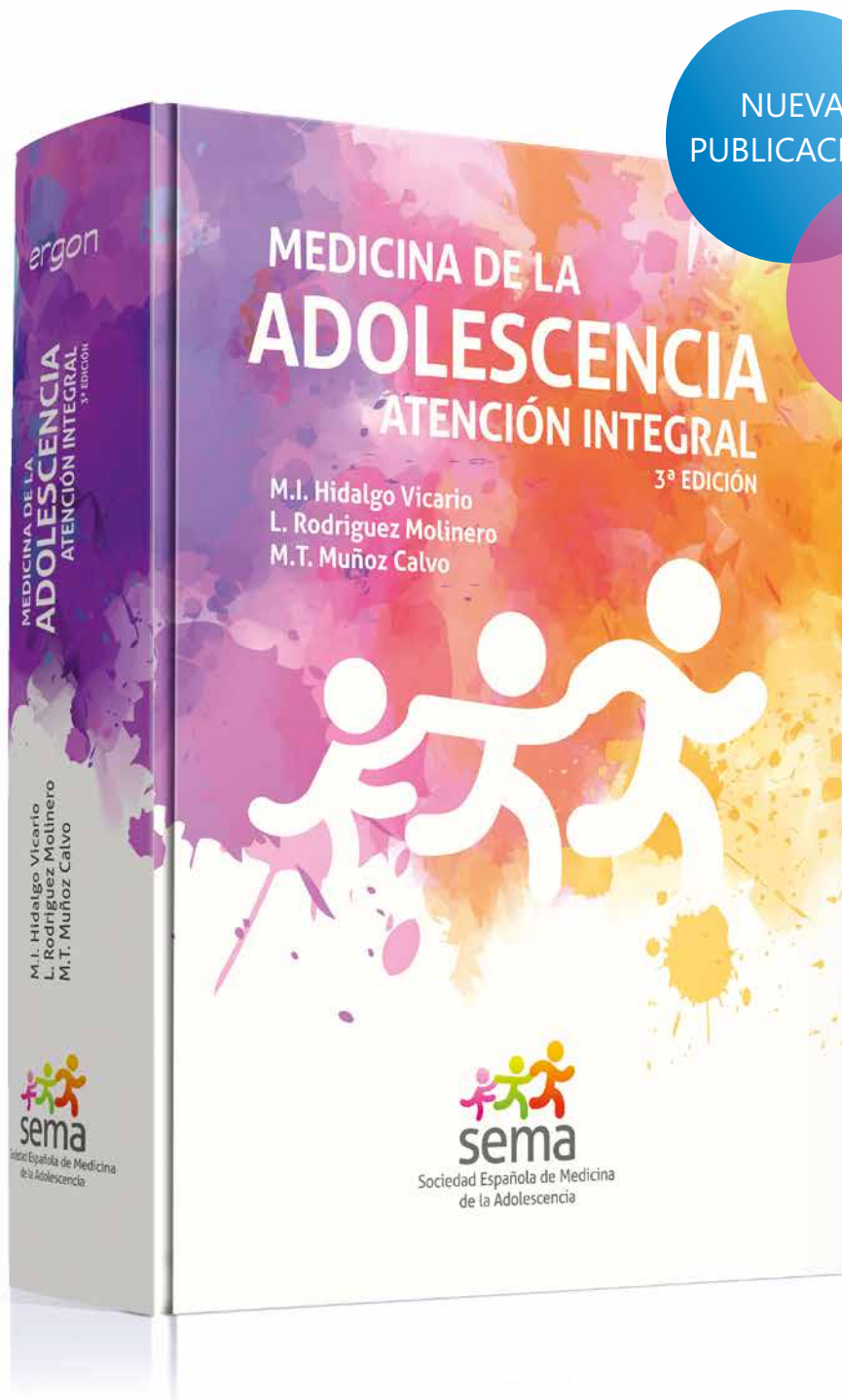
C.E. Adolescere

### 112 In Memoriam

Al Dr. Roberto Curí - G. Alfredo Girard

### 113 Respuestas correctas a las preguntas test

Normas de publicación en [www.adolescenciasema.org](http://www.adolescenciasema.org) Secretaria editorial [adolescere@adolescenciasema.org](mailto:adolescere@adolescenciasema.org)



NUEVA  
PUBLICACIÓN

3<sup>a</sup>  
EDICIÓN



# Hazte socio

[www.adolescenciasema.org](http://www.adolescenciasema.org)



Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia

## adolescere

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

*La cuota de inscripción a Adolescencia SEMA es de sólo 30€ anuales.*



**L. Liqueste Arauzo**

Pediatra. GAS Gerencia de Asistencia Sanitaria de Palencia.

## ¿Qué les preocupa a los adolescentes hoy?

*“Me preguntan ¿todo ok? Saben que está todo mal. Les respondo todo bien, porque sé que les da igual”. Andrómeda.*  
*“Perdón por ser un desastre, pero gracias por quererme”. Bad Bunny.*  
*“Nunca te des por vencido, las grandes cosas llevan tiempo”. Anuel AA.*

**E**mpiezo este editorial diciendo que “no entender a los adolescentes” ya no se considera una opción válida, desde el punto de vista profesional, para ningún médico que tenga que atender a adolescentes en Estados Unidos (EE.UU.).

### ¿Qué es lo primero que pensaríais?

Quizás, que la especialidad de Medicina de la Adolescencia está plenamente instaurada en EE.UU.

### Pero no, la realidad es que algo va mal entre los adolescentes en la sociedad norteamericana...

Sí, algo va mal. Desde el 2007, las tasas de suicidio juvenil no han parado de aumentar en EE.UU. No obstante, lo más alarmante no es un aumento global, sino un cambio en el prototipo. Este incremento de suicidios se ha dado sobre todo en chicas, en edades más jóvenes (entre los 10 y 14 años) y con el uso de métodos de alta letalidad (asfixia, ahorcamiento...). En respuesta, la Academia Americana de Pediatría (AAP), la Academia Americana de Psiquiatría Infantil-Adolescente (AACAP) y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en octubre del 2022, recomendaron el despistaje de problemas conductuales, sociales y emocionales, de forma periódica, en todos los adolescentes. Paralelamente, la *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) exhorta la capacitación de todos los médicos de familia y pediatras para hacer una correcta valoración integral del adolescente, independientemente del motivo de consulta. Además, la USPSTF alienta el despistaje periódico de depresión mayor en todos los pacientes entre 12 y 18 años, y, de ansiedad en aquellos entre 8 y 18 años (ambos con grado de evidencia B)<sup>(1-2)</sup>.

### ¿Por qué la Academia Americana de Pediatría (AAP) ha hecho esta recomendación?

Porque, aunque el 50% de los adolescentes acuden a consulta médica al menos una vez al año, rara vez consultan por un problema emocional, aunque lo estén padeciendo. Y lo padecen, porque los datos de suicidio juvenil son apabullantes (solamente en 2018, 596 niños entre 10 a 14 años se suicidaron en EE.UU.)<sup>(3)</sup>. Así, cualquier consulta que realiza un adolescente puede ser una oportunidad para el diagnóstico precoz de una enfermedad mental.

### ¿Y en Europa?, ¿Serán las Sociedades Médicas Europeas las siguientes en recomendarlo?

Sin duda, la AAP es un referente para el resto de las sociedades pediátricas. De hecho, a nivel de EUROPREV ya se está estudiando el impacto real que tendría en poblaciones adolescentes europeas estrategias como las recomendadas en EE.UU. Inclusive, en 2020 la *Prev Infant* recomendó encarecidamente la formación de los pediatras en abordaje integral del adolescente.

Además, la realidad en España es que, durante el 2021 y el 2022, las consultas o peticiones de ayuda por ideas autolíticas en adolescentes se han incrementado de forma exponencial, y, que la tasa de suicidios en menores de 14 años, de forma inédita en España, ha crecido<sup>(4)</sup>. Y cómo señaló EUROSTAT, el suicidio juvenil es un poderoso indicador de que existen problemas sin resolver en una sociedad.

#### ¿Qué piensan sobre esto los pediatras españoles?

Pues el debate está servido.

Anclados en una pediatría en la que lo valioso es únicamente la provisión de servicios hospitalarios- de talante reactivo y de actuación episódica- encontramos a muchos pediatras. Su credo es que la adolescencia es una etapa sana y que ellos no están para eso.

#### ¿Sana?

La adolescencia es la etapa en la cual el joven ha de adquirir todas aquellas habilidades sociales, conductuales y de autocontrol que se consideran necesarias para convertirse en un adulto útil e integrado en la sociedad. Y lo ha de hacer en un contexto de enorme vulnerabilidad, desde múltiples puntos de vista como el biológico, el psicológico, el social, etc.

Para resumir, que en los adolescentes lo raro es que no “les pase nada” o que no necesiten nada.

- En una posición intermedia están muchos pediatras de Atención Primaria y Especializada, que argumentan un “quiero y no puedo”. Sus razones son que carecen de herramientas, de formación y de tiempo suficiente para hacer una buena valoración y *screening* de patologías mentales en adolescentes.

Con respecto a esto, sólo resaltaría que cada nueva atribución que se recibe en cualquier servicio debe ir unida a la asignación de unos recursos que permitan una ejecución eficiente, ya que el resto sería demagogia.

- En último lugar, nos encontramos aquellos profesionales que sentimos la necesidad de acompañar al adolescente, en esta etapa de metamorfosis. Y no lo hacemos a cambio de nada, no creáis, lo hacemos porque es muy satisfactorio y, sobre todo, porque pocas cosas tienen tanto impacto en salud como hacer prevención y promoción de la salud en la adolescencia<sup>(5)</sup>.

#### ¿Y por donde empezamos?

Habrán quienes necesiten esperar a que la AEP lo publique para empezar a considerarlo. Para el resto, un buen comienzo es mirar a los adolescentes con otros ojos.

#### Un buen comienzo es mirarlos con otros ojos...

Para verlos con otros ojos hay dos caminos: la primera es conocer sus gustos, sus necesidades, sus miedos (para lo que os invito a leeros este número de *Adolescere*). Y la segunda, es igual que la primera, pero incluyendo la visión de aquellas personas que trabajan a diario con ellos, como sus profesores, entrenadores, médicos de adolescentes... y escuchar la música que oyen.

#### ¿Y qué piensan aquellos que trabajan a diario con adolescentes? Pues que son unos capullos... y una gran oportunidad

¿Capullos? Sí, son unos seres en metamorfosis activa, y si no se tuerce la cosa serán unas hermosas mariposas cuando terminen su desarrollo. Y no, la metáfora no es mía, y no recuerdo a quién se la oí decir por primera vez, pero dado que la mayoría de mi familia son profesores de Educación secundaria y Bachillerato, cualquiera podría haber sido. Y, es que, de sus

experiencias como profesores surgía una imagen diferente, y mucho más humana de los adolescentes. Ellos, sus profesores, los definían como seres llenos de valores, de sueños, de ganas de cambiar todo, y, al mismo tiempo, especímenes “en proceso de encontrarse a sí mismos” a base de ejercitar el método del ensayo-prueba-error (voy a probar si no estudio y apruebo el examen; si hago el gracioso en clase y me quitan el mote de empollón o de pringado...).

*“Locura es hacer lo mismo una vez tras otra y esperar resultados diferentes”. Albert Einstein*

### Y son una gran oportunidad...

Las conductas de los adolescentes pueden explicarse por los procesos biológicos y neuronales de transformación que sufren, junto con las experiencias vitales que están viviendo y, por la interpretación que hacen de ellas.

Y sí, el adolescente necesita experimentar y tiene un cerebro inmaduro... Pero si todo se redujera a eso... ¿por qué los adolescentes no prueban de todo?, es decir ¿porque hay variabilidad en el tipo de experiencia o en la intensidad de la experimentación entre los adolescentes?

Habrán diferentes opiniones... La mía es que los adolescentes, a pesar de ser inmaduros, son seres humanos y los humanos cuando hacemos una cosa (o dejamos de hacerla) es porque esperamos obtener algo a cambio. Ese algo puede ser obtener admiración, ser aceptados en un grupo...

*“Los pájaros nacidos en jaula creen que volar es una enfermedad”. Alejandro Jodorowsky*

Por eso, conocer cual es el contexto en el que vive el adolescente es imprescindible y os aseguro que este apasionante número de la revista, que tiene como título “**Problemas psicosociales en la adolescencia**”, no os dejará indiferentes.

### Y, quizás, escuchar lo que escuchan...

La música de los adolescentes refleja muchas de sus inquietudes, anhelos y dudas...; ¿Y qué escuchan? He recogido algunas frases de esos *trap* que oyen al inicio del editorial... ¿sorprendidos?

**Para concluir**, diré que me sentiría satisfecha si con este editorial consigo que veáis a los adolescentes con otros ojos, como lo que son: “soñadores confusos”, “pintores de la sociedad del futuro”. Una sociedad futura que se presenta llena de grandes desafíos y que necesitará de su entusiasmo, frescura e implicación para encontrar soluciones. Adelante, ellos lo merecen.

## Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics, American Foundation for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health. Suicide [Internet]. New York: AAP; 2022]. Actualizado 29 de agosto de 2022. [Consultado el 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.aap.org/en/patient-care/blueprint-for-youth-suicide-prevention/>.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening for Depression, Anxiety, and Suicide Risk in Children and Adolescents: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis [Internet]. New York: AHRQ; 2022. Actualizado 11 de octubre de 2022. [Consultado el 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: [Recommendation: Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: Screening | United States Preventive Services Taskforce \(uspreventiveservicestaskforce.org\)](https://www.evidence-synthesis.org/es-review-reports/202210/Screening-for-Depression-Anxiety-and-Suicide-Risk-in-Children-and-Adolescents).
3. Agencia EFE-EE.UU. La tasa de suicidio en EEUU es la más alta desde la Segunda Guerra Mundial. Infobae.
4. Ministerio de Justicia, Departamento de Toxicología y Ciencias Forenses. Memoria 2021. Madrid: Gobierno de España; 2021. Disponible en: [Servicio de Información Toxicológica. Memoria 2021 \(mjusticia.gob.es\)](https://www.mjusticia.gob.es/Servicio-de-Informacion-Toxicologica-Memoria-2021).
5. Skeen,S et al. Adolescent Mental Health Program Components and Behavior Risk Reduction: A Meta-analysis; *Pediatrics*. 2019; 144 (2):1-13.

# Salud psicoemocional

**M.V. López-Sánchez(\*), P. San Millán Tejedor(\*\*), J.A. López-Villalobos(\*\*\*)**. (\*)Doctora en Psicología. Psicóloga Especialista en Psicología General Sanitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria. (\*\*)Psicólogo Clínico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria. (\*\*\*)Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

**Fecha de recepción:** 14-12-2022

**Fecha de publicación:** 28-02-2023

Adolescere 2023; XI (1): 6-15

## Resumen

La salud psicoemocional consiste en ser capaces de vivir una experiencia emocional completa, vivenciando tanto las emociones positivas como las negativas y permitiendo su desarrollo, así como el espacio necesario para cada una de ellas. Todas las emociones tienen una función determinada que garantiza tanto la supervivencia como la comunicación de una persona. Las emociones principales (miedo, alegría, tristeza, ira, asco, sorpresa) tienen funciones de protección, cohesión, descanso, aprendizaje y perseveración. Identificarlas correctamente y conocer su función permitirá una buena gestión posterior. Por último, se ofrecen algunas claves sobre cómo ayudar a gestionar las emociones cuando estas, debido a su intensidad o a un mal manejo anterior, son capaces de desbordarnos.

**Palabras clave:** *Emoción; Salud; Gestión emocional.*

## Abstract

Psycho-emotional health consists of being able to live a complete emotional experience, living through both positive and negative emotions and allowing their development as well as the necessary space for each of them. All emotions have a certain function that guarantees both the survival and communication of a person. The main emotions (fear, joy, sadness, anger, disgust, surprise) have functions of protection, cohesion, rest, learning and perseverance. Identifying them correctly and knowing their function will allow an adequate subsequent management. Finally, some keys are offered on how to help manage emotions when these, due to their intensity or previous mismanagement, are capable of overflowing us.

**Key words:** *Emotion; Health; Emotional management.*

*"Casi todo el mundo piensa que sabe que es una emoción hasta que intenta definirla".*

Wenger, Jones y Jones, 1962

## Introducción

La adolescencia es un periodo de la vida con entidad propia que incluye numerosos cambios en la esfera biológica, psicológica y sociológica. Las emociones son inherentes al ser humano y en la adolescencia es habitual cierta dificultad en su regulación por la maduración tardía del sistema cerebral de control cognitivo (mecanismos neurofisiológicos de la corteza prefrontal). A su vez en las consultas de Pediatría y de Salud Mental es habitual la presencia de trastornos con dificultades en la regulación emocional como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad,



Trastornos de Conducta, Ansiedad o Depresión. En estas circunstancias, parece importante hablar de salud psicoemocional y de procedimientos de gestión emocional útiles en la adolescencia y en cualquier época de la vida.

Todos hemos oído, leído o aprendido en algún momento cuales son las claves para mantener una buena salud física. Todos sabemos que hay que alimentarse bien, comer frutas y verduras y hacer deporte para tener un cuerpo sano. Sin embargo, cuando hablamos de salud psicoemocional estas pautas no están tan claras: sabemos que hacer para mantener un cuerpo saludable pero ¿qué pasa con nuestra mente?

A continuación explicaremos brevemente en qué consisten las emociones, cuales son y cómo detectarlas para poder empezar a gestionar nuestro mundo interno.

Para empezar hace falta una aclaración importante: tener una buena salud emocional no significa estar siempre alegres, ni sentirnos bien de manera continuada. La salud emocional no consiste en eliminar las emociones “negativas” y no sentirse nunca enfadado o triste. Tener una buena salud emocional consiste en ser capaz de apreciar la diferente gama emocional (con todos sus claroscuros) y ser capaz de manejar las emociones de tal forma que, al mismo tiempo que las damos su espacio, no sintamos que nos desbordan<sup>(1)</sup>.

Por lo tanto, la primera pregunta que debemos responder es: ¿Qué son las emociones?

## Las emociones

Las emociones son reacciones automáticas a estímulos relevantes para nosotros, tanto externos (situaciones, personas, etc.) como internos (imágenes mentales, pensamientos, sensaciones fisiológicas, etc.). Es la energía que nos permite responder a dichos estímulos<sup>(2)</sup> (la palabra emoción deriva del latín *emotio*, “movimiento” o “impulso”). Las emociones se sienten en el cuerpo aunque a veces no sabemos escucharlas. Cada emoción tiene su propio correlato fisiológico<sup>(3)</sup> más o menos compartido entre todos los seres humanos, aunque también hay idiosincrasias. Sin embargo, no siempre es sencillo identificar lo que sentimos y para ello lo primero es tener algunos conceptos claros:

### ¿Para qué nos sirven las emociones?

Las emociones llevan en nuestro organismo desde las primeras fases de la evolución, forman parte de nuestra historia filogenética<sup>(4)</sup> y son compartidas con el resto de animales. Mantener el sistema emocional tiene un coste para nuestra especie y sabemos que, evolutivamente hablando, si alguna característica no es práctica suele desaparecer a lo largo del tiempo. Sin embargo, las emociones permanecen ¿Por qué permitiría la evolución el mantenimiento de un sistema tan caro, si este no sirviera para nada?

Las emociones cumplirían las siguientes funciones<sup>(5)</sup>:

### Supervivencia

Las emociones nos dan información importante sobre el ambiente y garantizan nuestra supervivencia. El sentir asco ante comida desconocida o ante alimentos putrefactos favorece que el organismo no los ingiera e impide que enferme. El sentir miedo cuando estamos ante grandes depredadores o cuando nos asomamos a un acantilado, despierta un sistema de alarma que favorece que nos protejamos. Además el proceso emocional tiene la característica de ser especialmente rápido, lo que constituye una ventaja evolutiva importante: sentimos las emociones antes de que podamos procesar la información del entorno (muy conveniente si estamos en peligro).

Aunque en el momento actual no es necesario enfrentarnos diariamente a situaciones de vida o muerte, el funcionamiento cerebral de las emociones no ha cambiado a lo largo de los siglos. Este sistema de las emociones se activa ante situaciones que aunque no son peligrosas en sí mismas, si pueden desestabilizarnos, como puede ser enfrentarse a una situación social o laboral. Lo importante es conocer aquello que la emoción quiere transmitirnos y por tanto es un mensajero que conviene escuchar antes que eliminar, como desarrollaremos con posterioridad.

**Tener una buena salud emocional no significa estar siempre alegres, ni sentirnos bien de manera continuada. No consiste en eliminar las emociones “negativas” y no sentirse nunca enfadado o triste**

**Las emociones son reacciones automáticas a estímulos relevantes para nosotros, tanto externos como internos, y se sienten en el cuerpo aunque a veces no sabemos escucharlas**

Las emociones permiten funciones sociales, como son las de facilitar la interacción social, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial

Las emociones primarias son aquellas respuestas a estímulos externos o internos que energizan una determinada respuesta o comportamiento, están presentes de manera universal en toda la especie humana y surgen en las primeras etapas del desarrollo

Las emociones primeras son correlatos fisiológicos muy veloces y compartidos transculturalmente que nos ayudan de forma rápida a comunicarnos y a sobrevivir. Las emociones secundarias son más lentas y existen procesos cognitivos superiores como el juicio y la evaluación

## Comunicación

Los seres humanos necesitamos comunicarnos para sobrevivir. El ser humano es un ser social y gracias a la cooperación hemos podido evolucionar como especie. Las emociones permiten funciones sociales, como son las de facilitar la interacción social, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial<sup>(6)</sup>.

Las personas estamos en constante flujo de información, las emociones de los otros pueden favorecer una especie de “contagio emocional”<sup>(7)</sup> y darnos información sobre si la situación que se nos presenta es segura.

Cuando hablamos de comunicación, no debemos pensar únicamente en las palabras. Gran parte de la comunicación, se transmite a través de la comunicación no verbal y/o para-verbal y generalmente es esta la que nos aporta más información. Si una persona nos dice que “está bien” pero tiene lágrimas en los ojos, seguramente nos dé la impresión de que está triste –a pesar de sus palabras-. Si una persona nos asegura que está tranquila pero ha aumentado el volumen de la voz, habla más rápido y sus gestos son más bruscos, podremos deducir que está en situación de enfado o que está intranquilo (y consecuentemente nos transmitirá parte de esta intranquilidad).

## ¿Existen emociones primarias y secundarias?

Las emociones primarias son aquellas respuestas a estímulos externos o internos que energizan una determinada respuesta o comportamiento, están presentes de manera universal en toda la especie humana y surgen en las primeras etapas del desarrollo. Son aquellas que nos impulsarán rápidamente hacia ciertas acciones (lucha, huida, parálisis)<sup>(8)</sup>. Precisamente es esta rapidez la que garantiza nuestra seguridad. Estas emociones, surgen en nuestros primeros años de vida (pueden reconocerse respuestas asociadas a las mismas durante el primer año de vida) y sirven de base para el desarrollo de emociones y sentimientos de mayor complejidad.

Estas emociones básicas son: miedo, alegría, tristeza, ira, asco y sorpresa (cuya regla nemotécnica responde al acrónimo de MATIAS). Esta clasificación fue creada por Paul Ekman<sup>(3)</sup> en el año 1994 y sus estudios ilustran la transculturalidad de estas emociones primarias: existen en todas las culturas y tienen las mismas expresiones faciales. Estos estudios se han llevado a cabo incluso en tribus en las que se apreciaba una escasa socialización con el mundo occidental y se apreciaban las mismas expresiones (además de que ellos reconocían también las mismas). Pese a lo innovador de esta teoría, existen autores que han refutado esta hipótesis por lo que es una teoría controvertida.

Las emociones secundarias, por su parte, podemos describirlas como aquellas que llevan un componente más cognitivo, es decir, aquellas que responden a la combinación de un estado afectivo primario junto con aspectos culturales y experienciales. Las emociones secundarias las “aprendemos” siendo el resultado de las interacciones con la sociedad y por lo tanto, estarán más condicionados por ella. Por ejemplo, la vergüenza que puede desencadenar una situación en países orientales no será la misma que en el mundo occidental, y viceversa. Algunas de las emociones secundarias son la culpa, vergüenza, honor, celos, envidia, orgullo, desprecio, aburrimiento, frustración, ansiedad, admiración...

Las emociones secundarias se desarrollan posteriormente a las primarias, pero continúan teniendo lugar en momentos vitales tempranos. Existen estudios que relacionan el principio de la vergüenza y de sentimientos como el orgullo a los 2 años<sup>(9)</sup>.

La principal diferencia entre ambos tipos de emociones es que en las emociones secundarias entran en juego nuestros pensamientos, creencias y expectativas. Poniendo como ejemplo una situación de examen, algunas personas lo considerarán un hecho sin mayor importancia y seguramente no desarrollen una gran emocionalidad que lo acompañe; sin embargo, otras pueden tener asociados pensamientos de incapacidad o catastrofistas y experimentar una elevada ansiedad.

Para resumir: las emociones primeras son correlatos fisiológicos muy veloces<sup>(8)</sup> y compartidos transculturalmente que nos ayudan de forma rápida a comunicarnos y a sobrevivir. Por su parte, las emociones secundarias son más lentas y existen procesos cognitivos superiores como el juicio y la evaluación. Estas emociones son resultado de la emoción primaria y están influidas por el contexto y experiencias de aprendizaje (no son vividas de la misma forma por todas las personas, ni una situación desencadena las emociones para todos de la misma manera).

## ¿Hay emociones buenas y malas?<sup>(1)</sup>

La respuesta es NO. Todas las emociones son valiosas y nos aportan una información importante. En nuestro contexto cultural existe la creencia de que las emociones “negativas” (tristeza, enfado, miedo); es decir, aquellas que experimentamos con desagrado, son “malas” y que por lo tanto no deberíamos sentir las. Existe la creencia de que tenemos que “eliminarlas”, o al menos reducir su duración y/o su intensidad, y hacer todo lo posible para generar un estado de bienestar permanente.

Sin embargo, no es así. Como veremos más adelante las emociones como la tristeza favorecen el contacto con el otro, el enfado permitirá defender nuestros derechos, etc. El problema no es que existan, sino el grado en el que las experimentamos y la sensación de ser desbordados por ellas. Además, existe un efecto pernicioso añadido que explicaremos más adelante: no hay nada peor para eliminar una emoción que intentar hacer que desaparezca lo antes posible<sup>(10)</sup>.

## ¿Hay emociones agradables y desagradables?

Sí. Esta podría ser la diferencia con el apartado anterior: aunque no hay emociones buenas o malas, sí tenemos algunas que podemos experimentar con más placer o disfrute (la alegría entre las primarias, o el orgullo, la admiración, entre las secundarias). Puede haber emociones que nos generan malestar o desagrado, pero no por ello debemos considerarlas como inadecuadas “per se”<sup>(1)</sup>.

## ¿Qué diferencia a una emoción de un sentimiento?

Como hemos explicado en apartados previos, la emoción es una respuesta más o menos rápida, impulsiva, a determinados estímulos externos o internos, guía nuestro comportamiento y viene acompañada de un estado fisiológico y un correlato cognitivo asociado. Un sentimiento, en cambio, tendría una mayor complejidad y sería más duradero en el tiempo; mientras que la emoción tiene una duración breve, por lo general de segundos o minutos, un sentimiento puede permanecer durante días, semanas, meses o hasta años. El sentimiento tiene además una parte más cognitiva, se sitúa más en lo mental y no tiene un correlato corporal tan potente. Algunos sentimientos son la felicidad, el amor, el odio o el desprecio.

**Concepto primordial sobre la salud emocional: las emociones no se eligen, por lo que no tiene sentido juzgarse por ellas**

Ahora que conocemos los diferentes tipos de emociones, su función principal y hemos distinguido las principales clasificaciones, sólo cabe preguntarse:

## ¿Las emociones se eligen? ¿Puedo elegir deliberadamente sentir o no determinadas emociones?

La respuesta a todas estas preguntas es NO<sup>(1)</sup>. Las personas, al igual que no elegimos cuando sentirnos cansados, tampoco elegimos qué nos pone tristes o cuándo nos enfadamos. Por lo tanto, ciertos pensamientos habituales como “no debería sentirme así”, además de causar frustración, son injustos, puesto que no podemos juzgarnos por algo que sencillamente no podemos elegir.

## ¿Entonces, para qué conocer nuestras emociones? ¿Estamos indefensos ante ellas?

Si bien es cierto que no podemos elegir las, si podemos decidir qué hacer con ellas. Es decir: podemos elegir cuales son nuestras acciones y no dejarnos “arrollar”. Existe un gran abanico de posibilidades que, sin eliminar las emociones, sí nos van a permitir modularlas o gestionarlas mejor. Una buena gestión (pero aceptando que las emociones “negativas” existen y experimentándolas<sup>(11)</sup>) es la clave de una buena salud emocional.

Todas las emociones son valiosas y nos aportan una información importante. En nuestro contexto cultural existe la creencia de que las emociones “negativas”; es decir, aquellas que experimentamos con desagrado, son “malas” y que por lo tanto no deberíamos sentir las

Un sentimiento tendría una mayor complejidad y sería más duradero en el tiempo y podría permanecer durante días, semanas, meses o hasta años. Algunos sentimientos son la felicidad, el amor, el odio o el desprecio

## ¿Cuál es la función de cada una de las emociones principales?

El miedo es una emoción básica para la supervivencia humana. Es la responsable de activarse ante estímulos que pueden interpretarse como amenazantes o peligrosos, desde la oscuridad a un depredador, y da la señal al organismo de alejarse y de protegerse

Como hemos señalado previamente, toda emoción surge de un proceso evolutivo y nos ayuda a sobrevivir, a adaptarnos a nuestro medio. Por tanto, cabe suponer que todas ellas cumplen algún tipo de función o nos son útiles de cara a alcanzar determinados objetivos, aunque a veces sea difícil de señalar.

Recordando el conocido acrónimo de MATIAS, empecemos por el **Miedo**. Aunque es una emoción por lo general desagradable, el miedo es una emoción básica para la supervivencia humana. Es la responsable de activarse ante estímulos que pueden interpretarse como amenazantes o peligrosos, desde la oscuridad a un depredador, y da la señal al organismo de alejarse, de protegerse. Imaginemos que esta emoción no existiera: la probabilidad de llevar a cabo actos peligrosos, tales como aproximarse a un acantilado sin precaución o acercarse a un animal salvaje, se dispararía. En el mundo actual, a los peligros físicos se añaden los percibidos de manera emocional, pero que nos hacen igualmente vulnerables: la soledad, el rechazo, el abandono, etc. El miedo es por tanto la emoción que nos permite manejar de manera más segura el peligro. Cabe señalar que se puede tener miedo ante situaciones muy variadas y según las investigaciones, existen estímulos más fácilmente condicionables a la emoción de miedo que otros<sup>(12)</sup>. Así, por ejemplo, será más fácil que desarrollemos una emoción de temor ante la oscuridad o ante un animal amenazante que frente a estímulos neutros, como una silla o una pelota. Esto encajaría con la explicación filogenética del miedo como reacción ante el peligro.

La alegría suele acompañarse de un aumento de nuestra energía y nuestras conexiones emocionales con otros, reforzando por tanto aquellas conductas de éxito o superación, y motivando a la persona a acercarse a su red social y crear vínculos

En segundo lugar tenemos una emoción más agradable o placentera, como la **Alegría**. Si bien es cierto que es fácil identificar que es una emoción que vivimos como positiva, ¿para qué sirve? Al igual que el resto de las emociones, primarias y secundarias, la alegría puede darse ante distintos estímulos o situaciones, y su función puede cambiar, pero por regla general podemos asociarla a una condición en la que hemos logrado superarnos, un reto o bien un juego o actividad lúdica. También cuando hemos compartido con otras personas significativas una actividad o una novedad agradable. En todos estos casos la alegría suele acompañarse de un aumento de nuestra energía y nuestras conexiones emocionales con otros (la interacción social se vuelve más sencilla, estamos más motivados para la misma), reforzando por tanto aquellas conductas de éxito o superación y motivando a la persona a acercarse a su red social y crear vínculos. Es una emoción que facilita reproducir conductas que nos son útiles para la supervivencia (desde jugar -el juego no deja de ser un elemento de estimulación y desarrollo físico y mental- a la superación de dificultades y la conexión social). La felicidad, muchas veces, también se ha asociado con un aumento de creatividad y facilita encontrar soluciones originales a los eventos vitales<sup>(13)</sup>.

La tristeza es la emoción que nos ayuda a parar, a recuperar energías. En un contexto de adversidad, pérdida o confusión, la tristeza suele motivarnos a hacer una pausa y a reflexionar sobre nuestra situación

Siguiendo el acrónimo llegamos a la **Tristeza**, la que posiblemente sea la emoción más difícil de encontrarle utilidad. Aunque también suelen experimentarse con desagrado, parece más sencillo señalar las ventajas evolutivas de emociones como la ira o el miedo para la supervivencia. Por contra, con la tristeza esta utilidad está más oculta ¿Para qué sirve una emoción que nos genera displacer, que parece restarnos energía y sumirnos más en nuestro mundo interno? ¿En qué ha podido favorecer la tristeza a nuestra evolución y supervivencia como especie? Aunque parezca difícil, sí podemos identificar al menos dos elementos relacionados con esta emoción que nos ayudan.

- En primer lugar, la tristeza es la emoción que nos ayuda a parar, a recuperar energías. En un contexto de adversidad, pérdida o confusión, la tristeza suele motivarnos a hacer una pausa, a reflexionar sobre nuestra situación, lo que a su vez permite que podamos extraer aprendizajes de lo vivido y nos ayuda en la toma de decisiones posterior. Pongamos el ejemplo de un duelo o de una ruptura de pareja. En ambos casos, la tristeza es una emoción frecuente (en el caso de duelo incluso es una de las etapas o fases a transcurrir según los estudios clásicos de Kubler-Ross), sin ella la experiencia pasaría rápidamente, ahorrándonos dolor, pero también evitando que descansáramos en un contexto de importante agotamiento emocional, que pudiéramos estar más preparados para posibles futuras ocasiones o que pudiéramos aprender y recopilar aquellos aprendizajes relacionados con lo que la persona nos ha aportado.
- En segundo lugar, la tristeza tiene una finalidad social, interpersonal<sup>(15)</sup>. Según diferentes estudios, las personas tendemos más a acercarnos y apoyar u ofrecer nuestra ayuda cuando percibimos que el otro se encuentra triste o bajo de ánimo, que cuando percibimos que la

otra persona está en un estado más neutro o incluso alegre. Así, aunque aparentemente la tristeza nos introduce más en nuestro mundo interior, también serviría como señal externa de necesidad de apoyo, facilitando el acercamiento y la empatía de nuestra red social. Otras de las situaciones dónde aparece tristeza puede ser cuando estamos en situaciones altamente estresantes (o posteriormente) lo que sería conocido como la fase de agotamiento (cuando el organismo ha liberado adrenalina y corticoides ante situaciones de estrés durante un largo periodo de tiempo)<sup>(15)</sup>. Para resumir: la tristeza nos señala que necesitamos parar, descansar y establecer conexiones positivas con los otros.

La ira nos impulsa hacia el enfrentamiento, incrementa la tensión muscular y la presión arterial, y nos predispone para combatir aquello que percibimos como un peligro

Con respecto a la cuarta emoción primaria, la **Ira o Enfado**, ocurriría algo similar a la emoción de Miedo. Siendo una emoción vivida de forma habitualmente desagradable, se trata de una emoción básica y fundamental para hacer frente a aquellos estímulos o situaciones percibidas como amenazantes o injustas. A diferencia del miedo, cuyo correlato conductual pasa generalmente por el alejamiento o la huida ante la posible amenaza, la ira nos impulsa hacia el enfrentamiento, incrementa la tensión muscular y la presión arterial, y nos predispone para combatir aquello que percibimos como un peligro. A nivel evolutivo, sería una emoción clave para hacer frente a diferentes depredadores. En la actualidad, además de activarse en situaciones de peligro físico, puede ser clave para hacer frente a amenazas a nuestros derechos o para expresar opiniones y marcar nuestros límites en situaciones en las que esto puede resultar difícil. Sería por tanto una emoción especialmente “energizante”, activadora.

Es necesario enfadarse de vez en cuando para poder defendernos y crear situaciones justas. Es imposible no enfadarse nunca (en ese caso, seguramente reprimamos la emoción y posteriormente tomará forma de tristeza o de somatizaciones). La tristeza y la ira son emociones que aunque aparentemente muestran energías opuestas suelen darse la mano y cuando no atendemos una, será la otra la que tome el control. La ira es buena cuando nos permite defendernos.

Por otra parte, también es muy problemático cuando experimentamos ira de forma frecuente (“todo nos molesta”), por lo que será beneficioso un análisis más profundo sobre si está enmascarando tristeza o si estamos “interpretando” las situaciones del medio de manera mucho más injusta de lo que son.

El asco tiene también una función defensiva, en este caso más enfocada a la alerta o rechazo ante condiciones de higiene o alimentos que puedan resultarnos dañinos

El **Asco**, por su parte, tiene también una función defensiva, en este caso más enfocada a la alerta o rechazo ante condiciones de higiene o alimentos que puedan resultarnos dañinos. Nos dirigiría hacia la evitación de elementos nocivos que puedan ser un peligro para nuestra salud. Como curiosidad, se trata de la emoción cuyo condicionamiento resulta más aversivo, incluso por encima del miedo. El asco también se encuentra en la base de nuestro comportamiento con los otros, donde el rechazo social y la vergüenza subyacen de esta emoción<sup>(16)</sup>. Se siente “aversión” (asco, nos alejamos) hacia aquellas personas cuyo comportamiento se aleja de las normas sociales. Evolutivamente sirve para que (como grupo) podamos mantener la estabilidad de la tribu. Nos señalaría “de manera colectiva” lo que está bien y lo que está mal, favorece que las personas diferentes sean rechazadas por suponer una amenaza para la colectividad. Además el asco, tiene una fuerte relación con el “código moral” e incluso con las “leyes no escritas socialmente”, hasta el punto de que cuando creemos que nosotros podemos transgredirlas de alguna forma experimentamos vergüenza (temor al rechazo social). En resumen, el asco preserva el organismo (y la imperturbabilidad del mismo) y la sociedad.

La sorpresa se trata de una emoción activadora o predisponente a la respuesta ante una novedad inesperada, bien sea esta positiva o negativa

Para finalizar con las emociones básicas se encuentra la **Sorpresa**. Se trata de la última de las emociones primarias o básicas identificada y validada a nivel intercultural (tras establecerse esta clasificación, se tardó aún algunos años más en encontrar su presencia y expresión en diferentes culturas y sociedades e incluirla como una emoción primaria). Dentro de la clasificación artificial de emociones “positivas” (alegría, orgullo, etc.) y “negativas” (miedo, tristeza, ira, etc.), la sorpresa podría ocupar un espacio más intermedio o neutral, pero no por ello deja de tener una función. Se trata de una emoción activadora o predisponente a la respuesta ante una novedad inesperada, bien sea esta positiva o negativa. Es decir, la sorpresa nos dirige hacia una respuesta de alerta o atención ante algo nuevo, nos facilita por tanto el responder a situaciones no vividas anteriormente y ante las que no tenemos un patrón de respuesta estructurado que pueda activarse de manera más automática.

Como resumen, podemos señalar que cada emoción tiene una o más funciones que nos facilitan adaptarnos a nuestro medio, dar una respuesta ante diferentes estímulos o situaciones, nos ayuda a evitar o sobreponernos a peligros, a conectarnos con nuestra red social o a aprender de las experiencias vividas.

## GUÍA BREVE SOBRE PAUTAS PARA FAVORECER UNA ADECUADA GESTIÓN EMOCIONAL

**1. Identificar ¿Qué estoy sintiendo? ¿Dónde lo siento? ¿Qué situación o pensamientos me está causando esta emoción?** La primera parte para poder gestionar nuestro mundo interno es una correcta identificación. Esta habilidad<sup>(17)</sup> consiste en conocer QUÉ estamos sintiendo, parece sencillo, pero muchas veces entraña mucha complejidad. No es infrecuente que no sepamos qué emoción se experimenta o que experimentemos varias a la vez. Además es frecuente que algunas enmascaren a otras (por ej., la tristeza y la ira tienden a “cubrirse”). Para identificarlas correctamente la primera pauta es una que, aunque muy básica, solemos realizar con poca frecuencia: parar.

Únicamente “parando” podemos entender lo que ocurre. Una vez sabemos que estamos experimentando algo, es bueno parar y reflexionar. El cuerpo nos puede dar bastantes pistas sobre lo que nos ocurre, localizar qué se siente y “dónde” nos permitirá identificar las emociones correctamente (no es lo mismo sentir un vuelco en el estómago que tensión muscular cuando vemos a una persona que nos ha afligido). Posteriormente, es necesario conocer qué pensamientos, estímulos externos o situaciones suelen desatar las reacciones emocionales en nosotros.

Únicamente “parando” podemos entender lo que ocurre. Una vez sabemos que estamos experimentando algo, es bueno parar y reflexionar. El cuerpo nos puede dar bastantes pistas sobre lo que nos ocurre, localizar qué se siente y “dónde” nos permitirá identificar las emociones correctamente (no es lo mismo sentir un vuelco en el estómago que tensión muscular cuando vemos a una persona que nos ha afligido). Posteriormente, es necesario conocer qué pensamientos, estímulos externos o situaciones suelen desatar las reacciones emocionales en nosotros.

**2. Pautas de autocuidado:** A veces las emociones se ven aumentadas o son señales de que estamos desatendiendo nuestro organismo. Cuando no dormimos, no hacemos deporte o no nos alimentamos bien es frecuente sentirse cansado, triste o irritable (y estas reacciones facilitan que sigamos desatendiendo nuestro organismo). Es difícil sentirse bien si nuestro cuerpo no está bien.

Para ello, antes de proceder a pautas de mayor complejidad es necesario saber si una persona está bien hidratada, bien alimentada (comida rica en fibra y vitaminas, cada pocas horas) y se asegura un buen descanso nocturno.

Una guía orientativa es el modelo 8-8-8 y que haría referencia a reservar al día 8 horas de sueño, 8 horas de productividad (englobando no solo trabajo formal, sino también estudio, formación, tareas domésticas y otras actividades productivas) y 8 horas dedicadas al autocuidado como la alimentación y al descanso/ocio (entendiendo el ocio como actividades positivas para uno mismo, que generalmente son más gratificantes cuando tienen un componente social y en medios naturales)<sup>(18)</sup>.

**3. Expresión y comunicación:** Todos hemos escuchado la frase de que aquello que no expresamos, nos enferma. Esta frase hace referencia a que las emociones “necesitan” para su regulación que las exterioricemos de alguna manera. La expresión verbal es una de las primeras estrategias de regulación. Trastornos como las somatizaciones, los trastornos de la conducta alimentaria o incluso el curso y pronóstico del cáncer (la llamada personalidad tipo C)<sup>(3)</sup> se relacionan con una escasa expresión. En casos de alta gravedad traumática (Ej. personas que han sido víctimas de agresiones físicas y sexuales) pueden mostrar una gran dificultad para “poder hablar” sobre lo que sienten<sup>(8)</sup>. El “hablar” permite organizar el pensamiento y detiene las evitaciones (hacer como que no existen) para afrontarlas y aceptarlas, pasos necesarios para su manejo.

“Regularnos a través de los otros” es necesario para todos los organismos. Es decir, permitir que otra persona nos calme, nos aporte perspectiva o nos sirva de modelado emocional

Además, la comunicación permite que no solo gestionemos mediante autorregulación, sino que favorece la co-regulación o “regularnos a través de los otros”<sup>(8)</sup>, que es necesaria por todos los organismos y sobre todo en fases tempranas como la niñez y la adolescencia. Es decir, permitir que otra persona nos calme, nos aporte perspectiva o nos sirva de modelado emocional. Estudios clásicos sobre el apego de Bowlby y de Harlow ya apuntaban como el contacto “piel con piel” tanto en animales, en situaciones experimentales, como en los vínculos madre-hijo favorecerían un modelo de co-regulación.

**4. Regulación fisiológica:** Las estrategias de regulación fisiológica, conocidas como estrategias de primer nivel, son aquellas que hacen referencia a volver a regular al organismo cambiando el estado físico del mismo. Estas estrategias, aunque sencillas, suelen ser poco utilizadas. Engloban desde actividades de regulación física básica como la respiración, el deporte u otras actividades como el yoga; hasta técnicas más específicas como la relajación muscular progresiva de Jacobson o la relajación autógena de Schultz.

Dentro de la respiración existen diferentes tipos: abdominal, diafragmática, contada. El propósito es regular la respiración, que en emociones intensas se encuentra alterada. Cuando experimentamos

ansiedad la respiraciones suelen ser más cortas, rápidas y menos profundas. El objetivo es calmar nuestros pensamientos y nuestras emociones a través del cuerpo (en este caso la respiración).

La relajación muscular de Jacobson consiste en tensar y soltar grandes grupos musculares creando una sensación de distensión muscular y permitiendo la sensación de relajación muscular, que frecuentemente desaparece cuando estamos intranquilos.

Por último la relajación autógena de Schütz consiste en autogenerarse sensación de calor y de pesadez, puesto que el organismo cuando está alterado suele tener menos circulación periférica y hay más frío en extremidades.

**5. Vigila tus pensamientos:** Una vez identificadas las emociones y el correlato fisiológico y corporal de las mismas, puede ser de ayuda analizar los pensamientos y cogniciones que se asocian con estas. “Vigilar” u observar los procesos mentales como los pensamientos y su relación con los estados emocionales y los comportamientos es la base de la terapia de psicólogos cognitivos como Beck y la base de muchos modelos de psicoterapia que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de trastornos mentales como la ansiedad, depresión, etc.

Es habitual que determinados pensamientos aparezcan de manera recurrente, asociándose a determinadas emociones, algunas de ellas con alto sufrimiento cuando se prolongan en el tiempo o cuando aparecen con una intensidad elevada (tristeza, culpa, miedo, vergüenza, etc.). Muchas veces, detrás de estos pensamientos, existen distorsiones cognitivas que afectan a nuestra percepción de las situaciones o de nosotros mismos, favoreciendo la intensidad emocional que nos acaba produciendo malestar.

Por ejemplo, si hemos crecido en una familia o en un entorno escolar muy crítico, es posible que en situaciones negativas donde algo no ha salido como queríamos, tendamos a echarnos la culpa a nosotros mismos de manera exagerada; incluso ante pequeños errores o fallos que no tienen que ver con nosotros o situaciones sin demasiada importancia (sesgos de personalización y de sobregeneralización o magnificación). Esta situación suele llevar a emociones de rabia, culpa o tristeza de manera muy prolongada o intensa, lo que puede conducirnos a cambiar nuestra actividad cotidiana, abandonando actividades sociales o encerrándonos más en nosotros mismos. Es lo que se llama triángulo de Cognición-Emoción-Acción propuesto por Albert Ellis, donde cada elemento puede provocar una cascada de cambios en el siguiente.

Aprender a identificar cuándo nuestros pensamientos pueden estar distorsionados puede ayudar por tanto a cambiar esa dinámica. Técnicas propias de la llamada Reestructuración Cognitiva propuesta por autores clásicos de psicología cognitiva como la fecha descendente (localizar las creencias nucleares y más profundas) o los auto-registros situación-pensamiento-emoción-acción, pueden ayudar a darnos cuenta de estas interacciones y a modificar aquellas que no son reales o útiles para nuestro bienestar emocional.

**6. Permítete sentir (aceptación):** Si bien es importante poner en cuestión nuestros pensamientos y acciones para poder modificar aquellos perjudiciales en nuestro desarrollo, esto no funciona de la misma manera con las emociones<sup>(11)</sup>. Como hemos dicho al comienzo del artículo, no hay nada peor para hacer desaparecer una emoción que intentar que esta “se vaya”. A menudo se acaba logrando un efecto paradójico por el cual esta se hace más presente. Por ello, es importante aprender a aceptar, nombrar, analizar y permitir que nuestras emociones se desarrollen sin juzgar. Escuchar lo que nuestro cuerpo nos dice y validar las emociones de otros cuando estos nos las transmiten es la clave para una adecuada salud emocional<sup>(8)</sup>.

**En resumen:** la salud psicoemocional es un concepto que alude al bienestar psicológico, entendido como la capacidad de experimentar todas las emociones con plenitud (tanto las agradables como las desagradables). El artículo empieza con una amplia descripción de las emociones diferenciando entre las emociones primarias (expresiones filogenéticas compartidas por todas las culturas) y las secundarias (más influenciadas por las idiosincrasias de la experiencia y de los aprendizajes en sociedad). Posteriormente, se ofrecen algunas concepciones sobre las emociones relacionadas con las funciones generales (supervivencia y comunicación) y las funciones específicas de cada emoción primaria. Al conocer la función de cada emoción, será más fácil reconocerlas y actuar de manera diferente ante cada una de ellas, sin censurar ni reprimir ninguna. Por último, el apartado de gestión emocional nos ofrece algunas pautas de regulación tanto de primer nivel (regulación fisiológica) como estrategias cognitivas de mayor complejidad.

“Vigilar” u observar los procesos mentales como los pensamientos y su relación con los estados emocionales y los comportamientos es la base de la terapia de psicólogos cognitivos y de muchos modelos de psicoterapia que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de trastornos mentales como la ansiedad, depresión, etc.

## Bibliografía

- González-Blanch C, Gómez-Carazo N, López-Sánchez MV. *Trastornos de la personalidad. Los problemas detrás de la máscara. España: Biblioteca de Psicología. Bonalitra Alcompas; 2022.*
- Oatley K, Jenkins JM. Human emotions: Function and dysfunction. *Annual review of psychology.* 1992; 43(1):55-85.
- Norman GJ, Berntson GG, Cacioppo JT. Emotion, Somatovisceral Afference, and Autonomic Regulation. *Emotion Review.* 2014; 6(2):113-23. <http://dx.doi.org/10.1177/1754073913512006>.
- Stanley K. Affect and Emotion: James, Dewey, Tomkins, Damasio, Masumi, Spinoza. In Wehrs DR, Blake T, editors. *The Palgrave Handbook of Affect Studies and Textual Criticism.* Palgrave Macmillan, Cham. 2017. p. 97-112. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-63303-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-63303-9_2).
- Reeve V. Reading perspectives on feeling and the semiotics of emotion. *Cognitive Semiotics.* 2022;15(2):249-67. <https://doi.org/10.1515/cogsem-2022-2016>.
- Izard CE. Basic Emotions, Natural Kinds, Emotion Schemas, and a New Paradigm. *Perspectives on Psychological Science.* 2007;2(3):260-80. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00044.x>.
- Hatfield E, Cacioppo JT, Rapson RL. *Emotional Contagion.* New York: Cambridge University Press; 1994.
- Van Der Kolk B. *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma.* Barcelona: Eleftheria; 2020.
- Bennett M, Matthews L. The Role of Second-Order Belief-Understanding and Social Context in Children's Self-Attribution of Social Emotions. *Social Development.* 2000; 9(1):126-30. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9507.t01-1-00115>.
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1996;64(6):1152-68. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.64.6.1152>.
- Hayes SC. *Sal de tu mente y entra en tu vida: La nueva terapia de aceptación y compromiso.* Bilbao: Desclee Brouwer; 2011.
- Sih A, Chung HJ, Neylan I, Ortiz-Jimenez C, Sakai O, Szeligowski R. Fear generalization and behavioral responses to multiple dangers. *Trends in Ecology & Evolution.* 2022; 22:S0169-5347(22)00281-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tree.2022.11.001>.
- Khan SM, Abbas J. Mindfulness and happiness and their impact on employee creative performance: Mediating role of creative process engagement. *Thinking Skills and Creativity.* 2022; 44(101027):101027. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tsc.2022.101027>.
- Loth E, Poline JB, Thyreau B, Jia T, Tao C, Lourdasamy A, et al. Oxytocin Receptor Genotype Modulates Ventral Striatal Activity to Social Cues and Response to Stressful Life Events. *Biological Psychiatry.* 2014; 76(5):367-376. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.07.043>.
- Lazarus RS. Toward better research on stress and coping. *American Psychologist.* 2000; 55(6):665-673. <http://dx.doi.org/10.1037//0003-066x.55.6.665>.
- Juárez AG. El asco desde la mirada psico-social: emociones y control social. *El Alma Pública. Revista Desdisciplinada de Psicología Social.* 2008; 1:73-87.
- Dimaggio G, Semerari A, Carcione A, Nicolo G, Procacci M. *Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles.* London: Routledge; 2007.
- Barraca J, Pérez-Álvarez M, Bleda JHL. Avoidance and Activation as Keys to Depression: Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale in a Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology.* 2011;14(2):998-1009. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_sjop.2011.v14.n2.45](http://dx.doi.org/10.5209/rev_sjop.2011.v14.n2.45).

## Bibliografía recomendada

- González-Blanch C, Gómez-Carazo N, López-Sánchez MV. *Trastornos de la personalidad. Los problemas detrás de la máscara. España: Biblioteca de Psicología. Bonalitra Alcompas; 2022.*
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1996; 64(6):1152-68.
- Hayes SC. *Sal de tu mente y entra en tu vida: La nueva terapia de aceptación y compromiso.* Bilbao: Desclee Brouwer; 2011.
- Norman GJ, Berntson GG, Cacioppo JT. Emotion, Somatovisceral Afference, and Autonomic Regulation. *Emotion Review.* 2014; 6(2):113-23.
- Van Der Kolk B. *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma.* Barcelona: Eleftheria; 2020.



## PREGUNTAS TIPO TEST

1. **¿Cuáles son las emociones primarias?**
  - a) Enfado, tristeza, vergüenza, culpa y rabia.
  - b) Alegría, miedo, asco, orgullo y melancolía.
  - c) Enfado, tristeza y miedo.
  - d) Felicidad, melancolía, rabia y sorpresa.
  - e) Miedo, alegría, tristeza, ira, asco y sorpresa.
  
2. **¿Cuál es la función principal de la tristeza?**
  - a) La tristeza no tiene función en sí misma, es un estado fisiológico.
  - b) Es una emoción negativa, hay que controlarla y eliminarla.
  - c) Permite el descanso, la reflexividad y la conexión con los otros.
  - d) Al aumentar la reflexividad, permite el desarrollo de pensamiento creativo y soluciones originales a los problemas.
  - e) Preserva el organismo y la estabilidad del grupo social.
  
3. **¿Cuál es el primer paso para la gestión emocional?**
  - a) La respiración o relajación muscular.
  - b) Estrategias de primer nivel.
  - c) Establecer pensamientos alternativos.
  - d) Identificación.
  - e) Favorecer la co-regulación.
  
4. **¿Cuál es la emoción que está en la base de la moral y censura los comportamientos/ pensamientos sociales que ponen en riesgo la estabilidad del grupo social?**
  - a) Orgullo.
  - b) Asco.
  - c) Culpa.
  - d) Miedo.
  - e) Tristeza.
  
5. **Señala la respuesta correcta:**
  - a) Las emociones son inalterables y no podemos hacer nada para cambiarlas.
  - b) Sin experiencias tempranas de apego, nunca se puede regular emocionalmente.
  - c) La gestión emocional consiste en no experimentar tristeza o enfado.
  - d) Tener una buena salud psicoemocional significa experimentar emociones buenas.
  - e) Las emociones pueden modularse mediante mecanismos de autorregulación y co-regulación.

Respuestas en la página 113

# Relaciones familiares, sus problemas ¿cómo abordarlos?

**G. Pírez Mora.** Doctor en Medicina. Psiquiatra infantil y del adolescente del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Psicoterapeuta y terapeuta familiar acreditado (FEAP y FEATF respectivamente). Profesor asociado de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

**Fecha de recepción:** 20-12-2022

**Fecha de publicación:** 28-02-2023

Adolescere 2023; XI (1): 16-24

## Resumen

La adolescencia es un periodo vital caracterizado por las dificultades en las relaciones interpersonales. La familia no es ajeno a ello, y habitualmente surgen conflictos relacionales entre los miembros del sistema familiar. La terapia familiar pretende intervenir desde un enfoque psicoterapéutico para restablecer dinámicas funcionales de interacción entre los diversos integrantes del sistema. Conocer y entender la adolescencia, los diferentes estilos de interacción familiar y la eficacia de la terapia familiar, nos ayudará a poder entender la utilidad de la misma.

**Palabras clave:** *Adolescencia; Parentalidad; Alteración conductual; Terapia familiar.*

## Abstract

Adolescence is a period of life characterised by difficulties in interpersonal relationships. The family is not out of this, and relational conflicts usually arise between the members of the family system. Family therapy aims to help from a psychotherapeutic approach to re-establish functional dynamics of interaction between the various members of the system. Knowing and understanding adolescence, family interaction styles and the effectiveness of family therapy will help us understand its usefulness.

**Key words:** *Adolescence; Parenting; Behaviour disturbance; Family therapy.*

A pesar de ser la adolescencia un periodo vital caracterizado en algunos casos por cierto grado inestabilidad emocional, no siempre conlleva trastornos familiares

En la adolescencia, la familia pasa a un segundo plano, en detrimento del grupo de iguales, quienes se convierten en el patrón de referencia del adolescente

## Aspectos básicos de la adolescencia

En muchas ocasiones, tanto los profesionales sanitarios como los propios progenitores, consideramos que la adolescencia es una etapa caracterizada por la inestabilidad emocional y los consecuentes trastornos que esta ocasiona. Ciertamente existen una serie de factores condicionantes y precipitantes que pueden facilitar esta cognición, pero no es cierto que esto sea un fenómeno universal<sup>(1,2)</sup>.

Mantener esta concepción irreal y generalizadora sesgará nuestras intervenciones, tanto en el plano profesional como en el plano familiar<sup>(2)</sup>.

Las personas de referencia de los adolescentes cambian en esta etapa de la vida. Mientras que en la infancia los padres eran el patrón de referencia, conforme se inicia la adolescencia la familia pasará de forma progresiva e inevitable a un segundo plano. El grupo de iguales adquiere una enorme relevancia en la primera adolescencia, cumpliendo funciones nucleares en el desarrollo del adolescente. En primer lugar, se erige como el entorno en el que los jóvenes aprenderán destrezas básicas para la interacción social, será el campo de entrenamiento para entablar relaciones amistosas e íntimas al inicio de la vida adulta. En segundo lugar, se inicia el proceso

de autodefinición y diferenciación con respecto a sus padres mediante la identificación con sus iguales. Finalmente, el grupo de iguales se convierte en un objeto transicional y facilitador del inevitable proceso de individuación con respecto a la familia de origen. Es decir, las amistades pasan a convertirse en una “familia sustituta” a la familia de origen.

Por su parte, los padres pueden llegar a sentirse amenazados por este distanciamiento con su hijo adolescente, quien tiene una nueva necesidad de privacidad. Si los padres no son capaces de manejar adecuadamente sus emociones y se dejan invadir por el temor, pueden atosigar inconscientemente al adolescente, lo que provocará instantánea e inevitablemente una reacción negativa: el adolescente se distanciará todavía más y más rápidamente para escapar del fallido intento de control parental.

Por otra parte, nadie somos ajenos a que los adolescentes más jóvenes tienden a ensimismarse de forma notable, centrando toda su atención consciente o inconscientemente en sí mismos. Ejemplo de este **“egocentrismo adolescente”** aparecen dos conceptos muy interesantes: la <<audiencia imaginaria>> y la <<fábula personal>><sup>(3)</sup>.

- La <<audiencia imaginaria>> es un tipo de distorsión cognitiva de la propia identidad en la que los adolescentes de menor edad tienden a imaginar que son el principal foco de atención de los demás. Así sienten que están permanentemente “en escena” y que todo el mundo centra su atención en ellos. Por ejemplo: un chico con acné incipiente puede llegar a dejar de asistir a una fiesta porque mantiene la convicción de que todos se percatarán del grano que le acaba de salir en la cara<sup>(3,4)</sup>.
- La <<fábula personal>> es otro tipo de distorsión cognitiva que deriva de la audiencia imaginaria. En este caso se presenta una convicción de que las experiencias propias (sus sentimientos y emociones) son singulares y únicas. Por este motivo están convencidos de que nadie es capaz de entenderlos. A menudo creen que sus vivencias son más intensas y terribles que las de los demás. Una manifestación de esta actitud es el sentirse “invulnerable”, no percibiéndose el riesgo potencial de conductas peligrosas, creándose una propensión a la toma de riesgos. Por ejemplo: un joven se desplazará en bicicleta por la noche por carretera y sin luces, a pesar que sabe que sí es peligroso, ya que cree que nada le puede pasar<sup>(3)</sup>.

Gracias a estos breves conceptos dispondremos de un marco teórico útil para poder comprender adecuadamente el sustrato sobre el que se gesta la conducta disfuncional de los adolescentes en el seno familiar.

## Estilos de interacción adolescente problemático vs progenitores

Luis Santiago Almazán (terapeuta familiar) describe dos dimensiones que en base a su experiencia resultan ser fundamentales para poder entender los habituales conflictos generados entre los progenitores y el hijo adolescente problemático<sup>(5)</sup>. La primera dimensión a analizar es la dimensión **Exigencia versus Permisividad**. En el polo de la exigencia se observan conductas de los progenitores principalmente dirigidas a controlar, exigir, imponer y castigar. En contraposición, el polo opuesto se rige por conductas permisivas, sin imposiciones y caracterizadas por una pauta permanente de “*Laissez faire*” (dejar hacer).

La segunda dimensión se rige por el **Apego versus Desapego**. En el polo del apego se observa una cercanía emocional excesiva. El nivel de percepción por parte de los progenitores es tan desmedido, que los sucesos que experimenta o padece el hijo es como si le pasara al progenitor; cualquier evento que le suceda al hijo les afecta excesivamente a los progenitores. En el polo contrario, los progenitores se sitúan emocionalmente muy distanciados de su hijo; existe una incapacidad para empatizar con las experiencias del menor, por lo que los padres no serán capaces de “ponerse en la piel del hijo” debido a dicha nula capacidad para conectar con él/ella.

Mediante el gráfico (Fig.1) observaremos cómo resultan los cuatro diferentes tipos de progenitores en su relación con los hijos, en dependencia de las respectivas combinaciones de ambas dimensiones en un eje de coordenadas<sup>(5)</sup>:

La audiencia imaginaria y la fábula personal son dos tipos de distorsiones cognitivas, ambas aparecen con cierta frecuencia en la adolescencia

La fábula personal puede conllevar en algunas ocasiones al joven a asumir riesgos innecesarios por una falsa sensación de invulnerabilidad

El punto objetivo e ideal (en ocasiones difícil de alcanzar) es el equilibrio entre las dimensiones “Exigencia Vs. Permisividad” y “Apego Vs. Desapego”

# Respuestas de los progenitores frente al adolescente problemático

La normalización o incluso la minimización de las conductas disfuncionales del adolescente puede (y suele) conllevar consecuencias perjudiciales al sistema familiar

Si los padres de un adolescente consideran la irritabilidad, los episodios de tristeza y llanto y las alteraciones conductuales puntuales como una situación contextualizada dentro de la época del desarrollo en que se encuentra su hijo, es muy probable que tiendan a minimizar o incluso normalizar dicho comportamiento. En la mayoría de los casos el perjuicio más evidente es que se estará negando una realidad que probablemente sea realmente patológica. De esta forma se está subestimando la gravedad de un trastorno, confundiendo un comportamiento problemático con una situación que ha sido considerada como supuestamente “normal” desde el punto de vista evolutivo. Es en esta situación cuando tanto los progenitores del menor, como los propios profesionales estaremos negando un trastorno real, y no interviniendo cuando el adolescente realmente sí necesita de nuestra atención y ayuda, cronificándose la situación patológica.

En el mismo polo de la normalización (o incluso negación), pero con una consecuencia totalmente diferente, se puede llegar incluso a agravar la disfuncionalidad si el menor considera que no se está atendiendo a su necesidad. Es en este caso cuando el adolescente comenzará a presentar **conductas cada vez más disruptivas como reclamo** a la ausencia de atención por parte de sus progenitores. De esta forma se está fomentando de forma inconsciente una dinámica perversa que se retroalimenta de una forma casi exponencial: conforme se incrementa la sensación de vacío por parte del joven, cada vez serán más frecuentes y más intensas las alteraciones conductuales del menor con la única finalidad de reclamar la atención de sus progenitores.

Finalmente, si analizamos esta tendencia a la “normalización” pero por parte de los progenitores, estos tenderán a considerar a su hijo adolescente como “descontrolado por naturaleza”, por lo que el estilo educativo de los progenitores tenderá a hipertrofiar cada vez más la disciplina, las normas y los castigos. Así, cualquier comunicación entre ambas partes se regirá por este patrón normativo-restrictivo. Finalmente, esta dinámica se cronificará creando un flujo de comunicación que se centrará única y exclusivamente en lo punitivo: los padres sólo se comunicarán con su hijo para recriminarle al menor las alteraciones conductuales e imponerle el consecuente castigo, y el menor acabará asociando que esta es la única forma de interacción posible con sus padres. Así se crearán constantes **“luchas de poder”** entre ambos “bandos”.

## El ciclo sintomático

Una de las hipótesis fundamentales sobre las que pivota la terapia familiar es que la familia desempeña un papel fundamental sobre los síntomas disruptivos del menor, tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los mismos<sup>(3)</sup>.

La terapia familiar pretende interrumpir la conducta disfuncional (síntoma) inculcando en los integrantes del sistema familiar nuevas formas de interacción entre todos los miembros del mismo. Evidentemente, este tipo de intervención también refuerza la eficacia de los tratamientos biológicos.

La tesis central de Micucci es que los síntomas familiares surgen en un contexto de aislamiento interpersonal, caracterizado por la aceptación condicional y los intentos por controlar al otro.

Habitualmente se produce un gran “distanciamiento afectivo” entre el adolescente problemático y sus progenitores cuando el menor presenta una alteración conductual. Esto conlleva una “no aceptación” por parte de los adultos hacia su hijo adolescente, además también aparece un “excesivo control” de los padres hacia las conductas del “hijo problemático”.

Durante este proceso, los progenitores focalizan su atención y sus esfuerzos en intentar eliminar o controlar los síntomas de su hijo debido al elevado nivel de preocupación que tal conducta sintomática suscita en ellos. Indirecta e inconscientemente, esto los lleva a pasar por alto otros aspectos importantes de la relación que mantienen entre sí. De este modo, las relaciones familiares entre todos los integrantes del sistema familiar se van deteriorando de forma progresiva e irreversible si no se interviene adecuadamente. Evidentemente, el adolescente problemático también se siente cada vez más rechazado por sus progenitores y aislado dentro del sistema familiar<sup>(3)</sup>.

Veamos el siguiente ejemplo: un adolescente empieza a tener estallidos de cólera, y consecuentemente sus progenitores se preocupan hasta tal punto que comienzan a descuidar otras relaciones del sistema (tanto las que mantienen entre sí como las que tienen con sus otros hijos). De forma inversamente proporcional, cuanto más atención dediquen a intentar controlar la conducta disfuncional de su hijo, menor interés prestarán a sus cualidades positivas (el ingenio, la inteligencia o la sensibilidad). A raíz de esta “miopía atencional”, dichas cualidades positivas comenzarán a difuminarse, reforzándose así la concepción del adolescente como “el problema”. El sentimiento del hijo, así concebido como “problemático”, incrementará su sensación de ser incomprendido por su familia y así se aislará más de ella. (Figura 2).

## Terapia familiar

La terapia familiar es un tipo de intervención psicoterapéutica que se centra de forma explícita en intentar modificar y reformular las interacciones alteradas entre los distintos miembros de la familia, buscando una mejora en el funcionamiento relacional del sistema familiar<sup>(6)</sup>.

Concibe la dinámica disfuncional dentro de un sistema y no así a nivel individual, desligándose del enfoque tradicional del individuo problemático.

La interacción entre los diferentes individuos del sistema entre ellos, así como de ellos con el propio sistema está ampliamente demostrado<sup>(7-11)</sup>. Es por este motivo que la terapia familiar no sólo se dirige al joven a nivel individual, sino también al sistema que rodea al individuo (sistema familiar)<sup>(6)</sup>.

De forma indirecta, también puede buscar conseguir algún otro cambio en el funcionamiento de los diferentes individuos de la familia, pero siempre contextualizándolos dentro del sistema familiar con entidad única.

Gracias a esta intrincada interconexión entre individuos y sistema, la terapia familiar no sólo afecta positivamente al adolescente, sino también a la familia (mejorando la cohesión del sistema familiar)<sup>(12)</sup>.

La intervención con jóvenes y adolescentes problemáticos se centra principalmente en **romper la dinámica previamente explicada**. El método para conseguir alcanzar este objetivo es a través del restablecimiento de las relaciones familiares satisfactorias previas.

Los médicos y en general, la mayoría de profesionales sanitarios estamos habituados a aplicar una metodología de trabajo centrada en los problemas y sus correspondientes soluciones. De esta forma, nuestro objetivo es encontrar la causa (etiología) de una situación problemática (enfermedad) para así poder aplicar el mejor remedio posible (tratamiento). Según este esquema de trabajo, nuestra tendencia irá orientada de forma unidireccional a intentar controlar el síntoma (al menor problemático) sin percatarnos de la disfuncionalidad del entorno (sistema familiar) en el que se desenvuelve el menor.

En las intervenciones de terapia familiar con familias de adolescentes rebeldes, se intenta “luchar” contra este patrón de intervención, “resistiendo” al deseo de control que nace tanto de los solicitantes (familia) como del propio profesional.

La labor del terapeuta familiar será la de ir “más allá del síntoma” (independientemente de la gravedad del mismo). Esto en ningún caso implicaría dejar de prestar atención a la conducta sintomática del adolescente. El objetivo del terapeuta será centrarse en la detección y análisis de los patrones de interacción subyacentes a nivel del sistema familiar, tratando de que la familia sea capaz de sustituirlos por nuevas formas de interacción más fisiológicas y saludables para el sistema.

## Tipos de conductas problemáticas e intervenciones

A continuación vamos a clasificar y ejemplificar distintos tipos de conductas problemáticas en función de su gravedad, para explicar seguidamente qué tipos de intervenciones serían las más adecuadas.

**El objetivo fundamental de la Terapia Familiar es intervenir dentro del sistema familiar para intentar reinstaurar dinámicas de interacción no patológicas entre los miembros de dicho sistema**

### Conducta problemática leve

En la conducta problemática leve el terapeuta centrará su esfuerzo en ayudar a la familia a resolver mejor los conflictos relacionados con la conducta disfuncional del adolescente

En este tipo de situaciones los adolescentes intentan transgredir los límites o se muestran irrespetuosos (verbalmente, nunca físicamente) con sus progenitores. A pesar de ello, no es un patrón mantenido e irreductible; el patrón predominante de conducta del adolescente es la obediencia y la sociabilización, con episodios puntuales de disfuncionalidad. Nunca se muestran físicamente violentos contra la propiedad o las personas.

En estos casos el terapeuta centrará su esfuerzo en ayudar a la familia a resolver mejor los conflictos relacionados con la conducta disfuncional del adolescente. Desfocalizar la conducta problemática y destacar todo lo que la familia hace bien, serán dos piedras angulares de las intervenciones del terapeuta familiar, quien contextualizará la situación en las transiciones evolutivas a las que se enfrenta la familia.

A diferencia de otras conductas, en estos casos el terapeuta no focalizará su atención en fortalecer la jerarquía parental, ya que de este modo podría poner en peligro la estabilidad del sistema. Correría el riesgo de minimizar los puntos fuertes ya existentes de los diversos integrantes de la familia.

### Conducta problemática moderada

En la conducta problemática moderada la familia está "intoxicada" por la ira y la frustración que genera dicha situación en todos los integrantes de la familia. Es frecuente que se produzcan discusiones y enfrentamientos de todos contra todos manteniéndose la conducta del adolescente como foco principal de las discusiones

La intensidad de las alteraciones conductuales se incrementa, manteniéndose un patrón de "rebeldía" más persistente en ciertas áreas. Circunstancias tales como el consumo de alcohol u otras drogas de forma frecuente, actitudes sexuales promiscuas, disminución drástica del rendimiento escolar, o frecuentes discusiones con los miembros de la familia (en las que se incluyen insultos y amenazas) son un fiel reflejo de este apartado.

A pesar de todo lo referido, siguen sin producirse agresiones físicas a ningún miembro del sistema familiar, y en el caso de haberse producido algún problema con la ley, este sería de escasa importancia.

En este contexto, evidentemente las interacciones entre los distintos integrantes del sistema familiar están condicionadas y "teñidas" por la conducta problemática. La familia está "intoxicada" por la ira y la frustración que genera dicha situación en todos los integrantes de la familia. Así, es muy frecuente que se produzcan frecuentes discusiones y enfrentamientos de todos contra todos manteniéndose la conducta del adolescente como foco principal de las discusiones.

Conviene tener en consideración el rol de autoridad de los progenitores: en numerosas ocasiones perciben como intrusos a agentes externos, llegando a sentirse cuestionados en el caso de que dichos intervinientes sí sean eficaces en su labor de contención. Esta situación de éxito externo puede reforzar el sentimiento previo de fracaso en su rol parental.

En toda esta tesitura, el terapeuta deberá tener en consideración a todos los integrantes del sistema familiar, considerando sus fortalezas y debilidades, haciéndoles partícipes directos de la solución de la conducta problemática, y asignándoles un rol claramente definido en esta tarea sistémica. El sentimiento de abandono experimentado por el hijo identificado como problemático, así como la frustración de los padres, serán percepciones que no deben pasar desapercibidas al terapeuta familiar.

Una vez consideradas estas premisas, el esfuerzo del terapeuta irá orientado hacia la reconstrucción de las relaciones familiares. Deberá sustituirse la dinámica previa de intentos reiterativos fallidos de control por parte de los padres hacia el hijo, por una reintroducción paulatina de nuevos imputs relacionales entre los progenitores frustrados y el menor "problemático". El terapeuta demostrará *in vivo* en las sucesivas sesiones, así como a través de las tareas asignadas entre las respectivas sesiones, que una nueva dinámica sí es posible entre ambos "bandos". Abandonar la tendencia natural e inconsciente en la que los padres reforzaban su respuesta controladora ante los actos desafiantes del menor será una tarea ardua, pero factible. Los progenitores abandonarán progresivamente la convicción de que la única respuesta teóricamente eficaz a las conductas problemáticas de su hijo sea la imposición de límites más firmes, abrazando cada vez con más fuerza nuevos enfoques más empáticos y conciliadores.

En algunos casos incluso se puede haber cronificado tanto la dinámica que finalmente los padres del adolescente han claudicado en su función parental. Estos se han resignado y han abandonado su responsabilidad.

Principalmente en este segundo caso (claudicación en la imposición de límites), lo más probable es que el adolescente acabe alejándose del sistema familiar, y refugiándose en algún grupo de iguales cuya característica principal en común es que también estén padeciendo una situación vivencial similar.

## Conducta problemática grave

En este apartado se incluyen aquellas alteraciones de la conducta en las que la posibilidad de serios peligros tanto para el adolescente como para alguno de sus familiares esté presente. Fugas domiciliarias, consumo frecuente de drogas, robos de importante cuantía o con violencia, problemas legales o agresiones físicas hacia alguno de los miembros de la familia. En este tipo de casos, los adultos suelen tener la percepción de que al adolescente parece no importarle las consecuencias de sus actos.

Cuando se invita al menor a asistir a las sesiones de terapia, este se negará. La única forma de que acceda, suele ser mediante la obligación, y en este contexto el nivel de participación suele ser nulo. En algunos casos, los adolescentes llegan incluso a intentar boicotear las sesiones con faltas de respeto hacia sus progenitores o incluso hacia el propio terapeuta familiar.

Los padres, que se encuentran emocionalmente desbordados, habitualmente sienten impotencia por no haber sabido reconducir la conducta disfuncional de su hijo. En algunas ocasiones el nivel de preocupación es tan elevado, que les invade un sentimiento de derrota e incluso pueden llegar a claudicar en sus funciones parentales.

No resulta extraño que en dicho nivel de intensidad los padres del menor se sientan “amenazados” por el mismo, temiendo una potencial represalia del mismo hacia ellos. Así serán capaces de hacer cualquier acción (o sencillamente no hacer nada) con el único objetivo de evitar el conflicto y las posibles repercusiones. Al adoptar esta postura pasiva, están renunciando a ejercer su autoridad parental.

## Eficacia de la terapia familiar

Varios autores confirman que la terapia familiar e intervenciones basadas en el núcleo familiar sí se consideran tratamientos basados en la evidencia para niños y adolescentes con trastornos externalizantes<sup>(13,14)</sup>.

Existe un creciente interés en evaluar económicamente este tipo de intervenciones, ya que a menudo son consideradas como poco “rentables” desde un análisis coste-efectividad ya que son intensivas (consisten en un número relativamente alto de sesiones) y su precio es elevado<sup>(15-17)</sup>.

Por ello, resulta necesario realizar evaluaciones económicas para valorar si los efectos adicionales obtenidos mediante la terapia basada en la familia en comparación con los tratamientos alternativos justifica los costes adicionales<sup>(6)</sup>.

Morgan et al. describieron ocho estudios que analizaban la rentabilidad de los tratamientos basados en la familia para adolescentes que abusan de sustancias y concluyeron que algunos de estos tratamientos podrían considerarse rentables<sup>(18)</sup>.

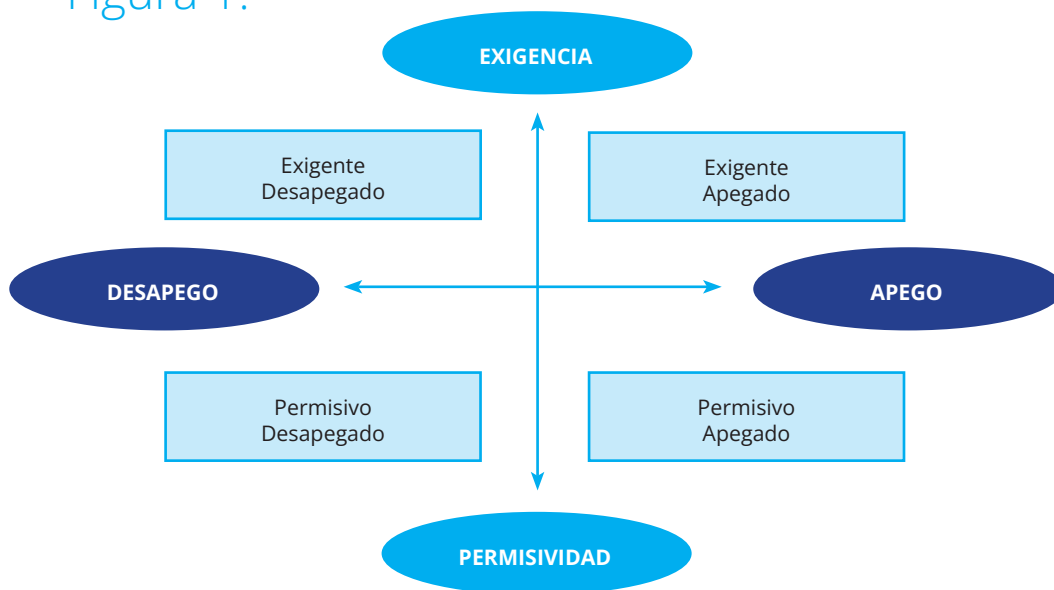
Recientemente, Von Sydow et al. realizaron una revisión sistemática sobre la eficacia de la terapia familiar para el tratamiento de niños y adolescentes que tienen trastornos externalizantes. Su estudio incluía numerosos tipos de alteraciones de la conducta, incluyéndose trastornos como el abuso de sustancias, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno de la conducta y los síntomas de delincuencia. Concluyeron que sí hay pruebas sólidas de que la terapia basada en la familia es eficaz, con tamaños de efecto particularmente grandes para las medidas de conductas delictivas y el abuso de sustancias<sup>(13)</sup>.

**La conducta problemática grave plantea serios peligros tanto para el adolescente como para alguno de sus familiares. Fugas domiciliarias, consumo de drogas, robos de importante cuantía o con violencia, problemas legales o agresiones físicas**

**La Terapia Familiar ha demostrado con creces su notable nivel de eficacia en general, y más concretamente para el tratamiento de conductas delictivas y el abuso de sustancias**

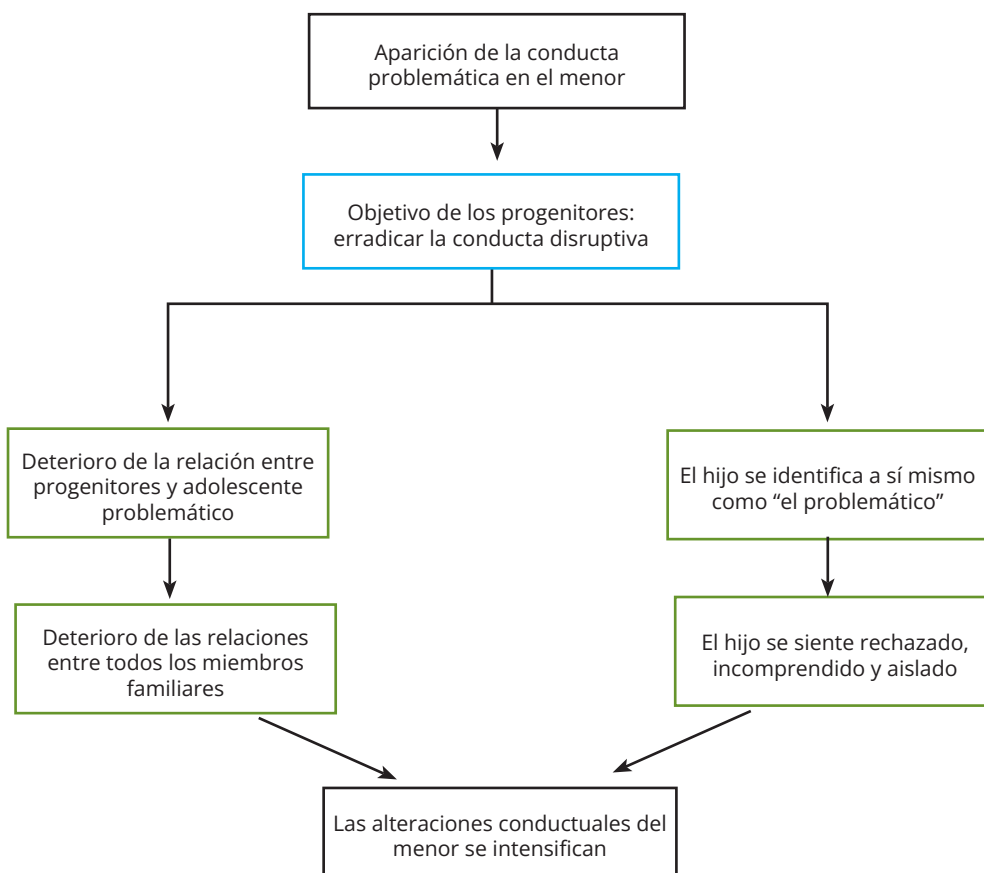
## Tablas y figuras

Figura 1.



Fuente: Santiago Almazán L. *Intervención con familias de adolescentes problemáticos*. Centro Kine, 2008.

Figura 2.



Fuente: Santiago Almazán L. *Intervención con familias de adolescentes problemáticos*. Centro Kine, 2008.



## Bibliografía

1. Eddy LS. Trastornos del comportamiento. *Adolescere* 2020;VIII(1):28-38.
2. Rodríguez Molinero L, Imaz Roncero C. Agresividad y conducta violenta en la adolescencia. *Adolescere* 2020;VIII(1):62.e1-62.e9.
3. Micucci JA. *El adolescente en la terapia familiar: cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Amorrortu Editores España SL, 2005.
4. Berk LE (2006). *Child Development*, 7th edition. Boston, MA: Pearson Education, Inc.
5. Santiago Almazán L. *Intervención con familias de adolescentes problemáticos*. Centro Kine, 2008.
6. Goorden M, Schawo SJ, Bouwmans-Frijters CAM, van der Schee E, Hendriks V, Hakkaart-van Roijen L. The cost-effectiveness of family/ family-based therapy for treatment of externalizing disorders, substance use disorders and delinquency: a systematic review. *BMC Psychiatry* (2016) 16:237.
7. Broman CL, Reckase MD, Freedman-Doan CR. The role of parenting in drug use among black, Latino and white adolescents. *J Ethn Subst Abuse*. 2006; 5(1):39-50.
8. Choquet M, Hassler C, Morin D, Falissard B, Chau N. Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: gender and family structure differentials. *Alcohol Alcohol*. 2008;43(1):73-80.
9. Hoeve M, Dubas JS, Gerris JR, van der Laan PH, Smeenk W. Maternal and paternal parenting styles: unique and combined links to adolescent and early adult delinquency. *J Adolesc*. 2011;34(5):813-27.
10. Kristjansson AL, Sigfusdottir ID, Allegrante JP. Adolescent substance use and peer use: a multilevel analysis of cross-sectional population data. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2013;8:27.
11. Curcio AL, Mak AS, George AM. Do adolescent delinquency and problem drinking share psychosocial risk factors? A literature review. *Addict Behav*. 2013;38(4):2003-13.
12. Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Ungaro RA, Henderson CE. Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *J Psychoactive Drugs*. 2004;36(1):49-63.
13. von Sydow K, Retzlaff R, Beher S, Haun MW, Schweitzer J. The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Fam Process*. 2013;52(4):576-618.
14. Baldwin SA, Christian S, Berkeljon A, Shadish WR. The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *J Marital Fam Ther*. 2012;38(1):281-304.
15. Hendriks VM, Schee E, Blanken P. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug Alcohol Depend*. 2011;119(1-2):64-71.
16. Van der Stouwe T, Asscher JJ, Stams GJ, Dekovic M, van der Laan PH. The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(6):468-81.
17. Darnell AJ, Schuler MS. Quasi-experimental study of functional family therapy effectiveness for juvenile justice aftercare in a racially and ethnically diverse community sample. *Child Youth Serv Rev*. 2015;50:75-82.
18. Morgan TB, Crane DR. Cost-effectiveness of family-based substance abuse treatment. *J Marital Fam Ther*. 2010;36(4):486-98.

## Bibliografía recomendada

- Micucci JA. *El adolescente en la Terapia Familiar: cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Amorrortu Editores España SL, 2005.
- Fishman H. *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Ed. Paidós, 1990.
- Santiago Almazán L. *Intervención con familias de adolescentes problemáticos*. Centro Kine, 2008.
- Haley J. *Trastornos de la emancipación juvenil y Terapia Familiar*. Ed. Amorrortu, 1985.

# PREGUNTAS TIPO TEST

### 1. Señala la respuesta VERDADERA en referencia a la fábula personal:

- a) Es una distorsión emotiva.
- b) La audiencia imaginaria es una consecuencia de la fábula personal.
- c) Los niños piensan en sí mismos como el centro de atención, creyendo que esto es cierto porque ellos son especiales y únicos.
- d) Puede dar lugar a un sentido de invulnerabilidad y singularidad, tendiendo así hacia posibles conductas de riesgo.
- e) Ninguna es correcta.

### 2. ¿Cuál de las siguientes frases es FALSA en referencia a la adolescencia?

- a) El grupo de iguales sustituye a los progenitores como personas de referencia.
- b) Pueden aumentar las conductas de riesgo y la experimentación.
- c) El grupo de iguales no facilita la individuación.
- d) Es un periodo marcado por la autodefinición y la diferenciación respecto a la familia de origen.
- e) La adolescencia es la etapa de la vida más permeable a los cambios de su entorno.

### 3. ¿Cuál de las siguientes frases es VERDADERA?

- a) Todos los adolescentes se rigen por el mismo patrón: inestabilidad emocional.
- b) Se da más importancia a la opinión de la familia que a la del grupo de iguales.
- c) La audiencia imaginaria y la fábula personal son dos distorsiones cognitivas atípicas.
- d) Algunos adolescentes pueden tener la sensación de que sus padres "pasen" de ellos, sin ser esto cierto.
- e) Todas son correctas.

### 4. ¿Cuál de las siguientes frases es FALSA?

- a) Es frecuente que algunos padres intenten desesperadamente controlar a su hijo al sentirse amenazados por la necesidad de privacidad del adolescente.
- b) Si los progenitores normalizan en exceso las alteraciones conductuales del adolescente, se puede llegar a minimizar un trastorno real.
- c) En otros casos de normalización, es muy poco probable que el adolescente pueda llegar incluso a intensificar las alteraciones de conducta, como reclamo de atención.
- d) La normalización de las conductas disruptivas puede conllevar incluso "luchas de poder" entre padres e hijo.
- e) Todas son falsas.

### 5. ¿Cuál de los siguientes NO es un concepto que corresponda a las dos dimensiones postuladas por Luis Santiago Almazán?

- a) Exigencia.
- b) Permisividad.
- c) Apego.
- d) Control.
- e) Desapego.

Respuestas en la página 113

# Relaciones escolares/ universidad; amigos, sus problemas y qué hacer

**L. Rodríguez Molinero.** Doctor en Medicina. Pediatra acreditado en Medicina del Adolescente por la AEP. Centro Médico Recoletas La Marquesina. Valladolid.

**Fecha de recepción:** 20-12-2022

**Fecha de publicación:** 28-02-2023

Adolescere 2023; XI (1): 25-37

## Resumen

La adolescencia es la etapa de la vida más permeable a los cambios de su entorno. Ocupa prácticamente todo el periodo de la Enseñanza Secundaria Obligatoria y el Bachiller. Si tenemos en cuenta la “adolescencia prolongada”, llega a los primeros años de universidad. La escuela y universidad son los dos macroambientes de los adolescentes, donde trabajan, se divierten y sufren. Estudiar es un esfuerzo que puede llegar a producir un nivel de exigencia al borde de los límites de la salud. Defendemos la pedagogía en las aulas como método para enseñar, valorando el esfuerzo como técnica que proporciona mayor autoestima y satisfacción. La disciplina inductiva se demuestra como técnica que facilita la comprensión de las ventajas del esfuerzo. Los avances de las neurociencias nos han demostrado el funcionamiento de nuestro cerebro como el hábitat de todos los procesos educativos y de aprendizajes y gracias a ellos se deducen técnicas pedagógicas orientadas a enseñar y aprender con placer. La vida social es una parte importante de los aprendizajes del adolescente y reconocer su valor nos orienta a conocer sus formas de vida, sus modas y sus riesgos. El conocimiento del cerebro social explica los afectos y emociones.

**Palabras clave:** *Adolescencia; Colegios; Universidad; Amigos y Neurociencias.*

## Abstract

Adolescence is the stage of life that is most permeable to changes in the environment. It practically extends through the entire period of Compulsory Secondary Education and Baccalaureate. If we take into account “prolonged adolescence”, this reaches the first years of university. School and university are the two macro-environments of adolescents, where they study, have fun and suffer. Studying is an effort that can produce a level of demand on the edge of the limits of health. We defend pedagogy in the classroom as a method for teaching, valuing effort as a technique that provides greater self-esteem and satisfaction. Inductive discipline is demonstrated as a technique that facilitates the understanding of the advantages of effort. Advances in neuroscience have shown us how our brain works as the habitat of all educational and learning processes, and thanks to them we can deduce pedagogical techniques aimed at teaching and learning with pleasure. Social life is an important part of adolescent learning and recognizing its value guides us to know their ways of life, their fashions and their risks. Knowledge of the social brain explains affections and emotions.

**Key words:** *Adolescence; Schools; University; Friends and Neurosciences.*

# Introducción: el adolescente

Este artículo es la actualización de otro publicado en 2017. Algunas valoraciones de aquel son válidas y vigentes. Otras han sido revisadas y puestas al día<sup>(1)</sup>.

Los conceptos no son fijos, y menos en una sociedad líquida, cambiante y adaptativa a todo y a todos. Por eso seguimos preguntándonos, ¿qué es la adolescencia?, cómo si empezáramos desde el principio. A veces un concepto se define con más facilidad por lo que no es que por lo que es. Eso nos sucede en algunas otras situaciones. Entonces, ¿qué no es la adolescencia?<sup>(2)</sup>:

- No es una enfermedad; es una situación normal del desarrollo.
- No es una transición solo; es un período de la vida como cualquier otro, con sus características propias, puesto que la vida es un *continuum*.
- No es un período difícil. La gran mayoría lo vive sin dificultades. Algunos precisan ayuda, y un pequeño grupo tendrá dificultades en la adolescencia, y toda la vida.
- Los adolescentes no están en contra del mundo, sino que disfrutan de él.
- Tampoco están en contra de los padres, sino que les agradecen lo que hacen por ellos. Los problemas de comunicación proceden de relaciones dificultosas ya en etapas anteriores a la adolescencia.

**Es hora de cambiar nuestra forma de verlos; es el momento de comprenderles y atenderles, e incorporarlos a la toma de decisiones en la familia, el colegio y las instituciones**

Y así podríamos seguir. No tienen buena prensa los adolescentes, y ellos lo saben. Lo cierto es que son una preocupación para padres, profesores y autoridades sociales. Están con frecuencia en los medios de comunicación, protagonizando “escándalos”. Pero es hora de cambiar nuestra forma de verlos; es el momento de comprenderles y atenderles, e incorporarlos a la toma de decisiones en la familia, el colegio y las instituciones. La experiencia demuestra que, si se confía en ellos y se les dan responsabilidades, son consecuentes, o al menos tanto como lo podemos ser los que nos denominamos adultos. Muchos de estos prejuicios constituyen la base de la “profecía autocumplida”: al final se comportan tal y como la sociedad prejuzga de ellos. Sin embargo, cuando se confía en ellos y se les estimula para conseguir sus metas se produce el “efecto Pigmalión”, como resultado positivo<sup>(1)</sup>.

Los dos conceptos que mejor definen la adolescencia son el crecimiento y el desarrollo. Según la RAE, crecer es, “Dicho de una persona: Tomar mayor autoridad, importancia o atrevimiento”. Y desarrollar es “Aumentar o reforzar algo de orden físico, intelectual o moral”<sup>(3)</sup>. En nuestra cultura se considera la adolescencia como una etapa vulnerable, donde los cambios físicos, mentales y sociales hacen desaparecer el caparazón protector de la infancia cuando todavía no se ha desarrollado el escudo del adulto. Algunos lo llaman “etapa de langosta”, recordando cuando este crustáceo cambia el caparazón que le protege y pasa por una etapa de amplia indefensión. Por eso se describen en todas las culturas procesos para cuidar y proteger. Son los llamados “ritos de paso”. En las sociedades industriales (Occidente), estos ritos han perdido significado, pero se mantienen como una forma de diversión. En cierto modo se producen situaciones contradictorias: se considera terminada la infancia, pero se les sigue tratando como niños, negándoles cierta libertad y autonomía.

**Esta transición se hace saludable y respetuosa cuando en la familia se tienen límites claros, flexibles y comprensivos**

Esta transición se hace saludable y respetuosa cuando en la familia se tienen límites claros, flexibles y comprensivos. Al contrario sucede cuando algunas familias tienen límites difusos, que los adolescentes son incapaces de interpretar, lo que les llena de ansiedad y confusión. Esto lleva a los padres a adoptar estilos educativos más exigentes, o más permisivos, estilos que en un caso son represores en exceso, y en el otro demasiado tolerantes, incluso con situaciones de riesgo. Unos interpretan lo normal como patológico y otros observan lo patológico como normal<sup>(4)</sup>.

La vida es un *continuum* desde que nacemos, incluso desde la concepción. Nuestro crecimiento depende de nuestros genes y del entorno (epigenética). Solamente nuestro ADN expresa aquello que el ambiente permite, física, mental o socialmente. El adolescente es el resultado de todo esto, y de algunos años en los que han venido sucediendo cosas: estilos de crianza (educación y socialización), medio ambiente (contaminación y tóxicos). Aunque sea un período de la vida con personalidad propia, no quiere decir que no haya habido influencias que hayan podido determinar algunos comportamientos no deseables, o influencias positivas que determinen la expresión de ciertas cualidades saludables y exitosas (musicales, artísticas o académicas). Todas las experiencias educativas, pedagógicas y afectivas actúan formando nuestro cerebro, creando sinapsis y conexiones neuronales. La buena crianza (BC) al adolescente forma parte de la epigenética.

## A. Rasgos de una sociedad en la que crecen los adolescentes y que les determina: la modernidad líquida

Considerando la metáfora de la “etapa de langosta”, el adolescente es muy influenciado por los valores y características de su entorno, de su sociedad. Esta sociedad cambiante que tiene unas características que merece la pena comentar, porque nos permitirá comprenderles mejor.

Debemos al filósofo Zygmunt Bauman la descripción y el estudio de este modelo social, la “Sociedad Líquida” (SL). En la SL se ha producido la plasticidad de las instituciones y estructuras sociales, de forma que los valores y guías han terminado por disolverse. Todo es temporal: los trabajos, las empresas, las parejas, la economía, las formas de hablar y de vestir... y esto genera inseguridad, incertidumbre, ansiedad, desconfianza y en conclusión, un predominio del individualismo. Muchos hábitos y costumbres han desaparecido. Hay miedo a conservar las cosas, porque todo envejece pronto, y lo viejo no sirve, ni cuenta. No hay continuidad ni en las relaciones humanas, ni en nada. Siempre se está empezando<sup>(5)</sup>...

La idea del “usar y tirar” que nos ha proporcionado el consumismo, **se desplaza a las relaciones**, donde no hay tiempo para reciclar, ni para seguir usando cosas obsoletas, o en propias palabras del sociólogo: **“La vida líquida es una sucesión de nuevos comienzos con breves e indoloros finales”**. El miedo a perder poder de elección ata a las personas, quienes cada día se encuentran más solas. Esta filosofía impregna a toda la sociedad y sobre todo a las entidades encargadas de la socialización y educación (la familia y entidades docentes) e influye sutilmente en conceptos como los nuevos trabajos, cambio climático, nuevas tecnologías, globalización, individualismo, competitividad, relaciones humanas y dificultades para el compromiso. Y desde este punto de vista se entiende mejor que haya tantas adolescencias como adolescentes hay. Y por otra parte, que no se sientan cómodos cuando no pueden participar en decisiones que les conciernen.

La adolescencia comienza con la pubertad física, mental y emocional, y termina entre los 18 y los 20 años. Pero sociológicamente se prolonga hasta que se logra la independencia y autonomía.

La adolescencia está mal vista por los adultos. Para algunos autores, los iconos de los adolescentes son el dinero, el preservativo y la fiesta (Elzo, 2008). Encuestas recientes sobre lo que los adultos piensan de los adolescentes afirman que más de la mitad de los encuestados, **un 53%, cree que los adolescentes no se interesan por los asuntos que afectan al conjunto de la sociedad** y que, sin embargo, se preocupan mayoritariamente por su diversión (48%), su imagen (39%) y la popularidad entre sus iguales (35%). Esta discordancia entre lo que los adultos piensan de los adolescentes y lo que son en realidad, es una constante intergeneracional desde hace décadas. Valga un ejemplo: actualmente se consumen menos drogas que décadas anteriores<sup>(6)</sup>.

La BC se caracteriza por atender las necesidades básicas (biológicas, mentales, afectivas y sociales) del niño en una etapa en la que se está produciendo una intensa maduración, y en la que se están generando también importantes aptitudes para las etapas posteriores. La BC facilita también la vinculación con los padres, a quienes concierne la protección y atención al niño. No en vano se ha dicho que los primeros años son la base de la salud física y mental, de la seguridad emocional y de la identidad social y cultural. “No hay salud física sin salud mental. Y no hay salud del adulto si no la ha habido del niño<sup>(7)</sup>”. La convención de los Derechos del Niño de 2005 sustenta legalmente el compromiso de la BC.

## B. Teorías sobre la adolescencia

Desde principios del siglo XX (Stanley Hall) en las sociedades industrializadas, la adolescencia ha sido motivo de estudio. La infancia era menos conflictiva, la obediencia y sumisión a los padres la hacían entrañable. La adolescencia obedece, pero cuando se la razona. Y no siempre se está de acuerdo.

Esta es la base de los conflictos que tanto alteran la paz familiar y social. Ahí empieza el estudio para conocer qué pasa en esa entidad bio-psico-social que es el adolescente. El desarrollo del pensamiento, concretamente el paso del pensamiento concreto al abstracto (Piaget) le hace entender lo que antes no entendía, y comprender la bondad y la belleza.

En la Sociedad Líquida se ha producido la plasticidad de las instituciones y estructuras sociales, de forma que los valores y guías han terminado por disolverse. Todo es temporal y genera inseguridad, incertidumbre, ansiedad, desconfianza y en conclusión, un predominio del individualismo. Muchos hábitos y costumbres han desaparecido

La buena crianza (BC) se caracteriza por atender las necesidades básicas del adolescente en una etapa en la que se está produciendo una intensa maduración, y en la que se están generando también importantes aptitudes para las etapas posteriores

La influencia del deseo sexual a partir de la pubertad (Freud) supone el condicionamiento de muchas conductas.

El egocentrismo del adolescente, que considera que todo el mundo gira en torno a él (Elkind), explica las eternas discusiones que no llevan a ninguna parte. El interés por conocer su identidad, responder a su pregunta ¿quién soy?, potencia la autoestima y concepto de sí mismo, que le ayudan a resolver sus problemas (Ericson).

Bandura nos descubre que el cerebro está preparado para aprender e imitar todo lo que vemos o nos sucede. Cuando los adolescentes son tratados como niños pequeños, sin que se les conceda autonomía adecuada, que permita el ejercicio progresivo de su libertad, se produce un maltrato cultural (López)<sup>(7)</sup>.

Al reconocer las emociones y la importancia de la Inteligencia Emocional, empezamos a comprender algunas actitudes valientes y decididas (Coleman).

### C. Neurobiología durante la adolescencia

El cerebro es el hábitat de la mente, y en él residen nuestras funciones superiores. Su conocimiento nos ha ayudado a comprender mejor no solo a los adolescentes, sino al ser humano en general. La maduración es un proceso cuyo fin es desarrollar en plenitud todas las capacidades. El ser humano es el animal que más tarda en madurar, debido a los muchos aprendizajes que tiene que hacer. Al final, la maduración impregna toda la actividad cerebral, desde el conocimiento hasta las emociones. Es un proceso que hay que pasar para hacer la transición del niño al adulto. Es lo que en ocasiones llamamos “la montaña rusa emocional”.

Biológicamente, la maduración es un proceso que va de la parte posterior del cerebro hacia adelante, de la nuca (funciones más primarias) a la frente (funciones superiores). Se produce la mielinización, lo que facilita la transmisión interneuronal. Aumenta la arborización y el aumento del número de sinapsis. También se produce la poda neuronal o la desaparición de aquellos circuitos que no se han desarrollado.

Con técnicas de imagen, se ha demostrado que los circuitos de recompensa (circuitos límbicos) están más activados que los de control e inhibición (lóbulo prefrontal). Las áreas cerebrales que usan dopamina como neurotransmisor (circuitos del placer) se desarrollan más rápidamente que en la infancia y en la edad adulta. Se denotan grandes elevaciones en los niveles relacionados con nuevas experiencias. Esta razón explicaría la atracción por experiencias nuevas.

Existen diferencias entre varones y mujeres. En los varones maduran antes las áreas parietales inferiores, responsables de tareas espaciales. En las mujeres, madura antes la corteza prefrontal, responsable del control de la impulsividad y agresividad. Las hormonas sexuales junto a la dopamina y oxitocina hacen que las mujeres sean más sensibles a las relaciones sociales, al rechazo o la aceptación, a agrandar o gustar. La testosterona y la vasopresina estimulan la competitividad, la actividad sexual y la independencia.

Los cambios hormonales tienen una relación directa con los cambios de humor y de conducta: el GABA es un importante neurotransmisor inhibitorio. Y la serotonina, por su parte, está muy relacionada con las emociones y la sensación subjetiva de sentirse bien. El cortisol, como hormona del estrés, impregna todo el cerebro. En ningún momento de la vida los niveles de estas moléculas varían tanto y tan rápido como en la adolescencia.

La importante vida social de los adolescentes, los sentimientos y los fracasos sociales estimulan la actividad del lóbulo prefrontal, siendo excepcionalmente sensible a estos estímulos. Desde el punto de vista escolar, se alteran algunas habilidades de la infancia: la obediencia, cierta capacidad de atención, control emocional y razonamiento.

Las fluctuaciones de la producción de melatonina hacen que el ritmo del sueño sea más irregular. Las alteraciones se deben a un retraso de fase, y tendencia a dormir menos de lo recomendado.

**Se ha demostrado que los circuitos de recompensa (circuitos límbicos) están más activados que los de control e inhibición (lóbulo prefrontal)**

## El adolescente y la escuela

La Escuela, Colegio o Instituto de Segunda Enseñanza son instituciones docentes fundamentales. Son conocedoras de que estamos en la Sociedad del Conocimiento (SC), una sociedad “inspirada en el saber”, según la UNESCO, y que valora el saber en su doble extensión: el saber, y el aprender.

Escuela (según la R.A.E.) es “Por extensión, cualquier institución donde se da educación o enseñanza”. Y se entiende por educar, “Desarrollar las facultades intelectuales, morales y afectivas de una persona de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenece”. Llámese colegio o instituto, comprende en nuestro sistema educativo la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO, de 11 a 15 años) y el Bachillerato (del 16 a 18 años). Prácticamente toda la adolescencia.

La Sociedad del Conocimiento: “Es la sociedad que considera el conocimiento como activo fundamental para el progreso y que centra sus esfuerzos en facilitar que todas las personas puedan potenciarlo, difundirlo e intercambiarlo. El objetivo es encauzar este conocimiento hacia fines positivos que permitan el desarrollo de una sociedad avanzada, racional, equitativa y comprometida con el bienestar de las personas y con el cuidado del entorno natural”.

La Unión Europea ha identificado ocho competencias clave que capacitan a todos los ciudadanos a adaptarse a los cambios de la sociedad (Tabla I). Estas competencias son muy importantes para la realización y el desarrollo personal para la vida laboral, para estudios y para nuevos aprendizajes. Todo el mundo debería tenerlas: los jóvenes en formación para prepararse para la vida adulta, los adultos y gente mayor para el aprendizaje permanente, con el fin de mejorar continuamente el conocimiento.

Los informes PISA (*Programme for International Student Assessment*) son estudios llevados a cabo por la OCDE a nivel mundial, que miden el rendimiento académico de los alumnos en matemáticas, ciencia y lectura. Se elaboran cada tres años en población escolar de 15-16 años al final de la ESO. El último ha sido realizado en el año 2022, y sus datos se publicarán en diciembre del 2023. No obstante, se han adelantado algunas opiniones.

“Los resultados del presente ciclo arrojarán sorpresas. Por ejemplo, la pandemia de Covid ha aumentado las desigualdades en muchos espacios de la sociedad. Igualmente, los recursos tecnológicos y las conexiones a internet, cada día más importantes en el sector educativo, se han reflejado débiles o inexistentes en muchos hogares o sectores de la sociedad. En la misma línea, los prolongados cierres de los colegios, a veces injustificados en muchos países, acrecentarán esta situación provocando retrocesos en los niveles de rendimiento y competencias de los estudiantes.”

“En el actual periodo, la inmigración ha crecido en casi todos los países; persisten las brechas territoriales entre grupos de población; la tasa de empleo de los jóvenes se desploma en muchos países y la precariedad laboral aumenta; el acoso e intimidación presenta índices altos en muchas zonas o comunidades; la guerra en Ucrania está dejando secuelas sin precedentes en muchos jóvenes, etc. Esta convulsa situación pasará factura en los estados sociales y emocionales de millones de jóvenes estudiantes”<sup>(8)</sup>.

Una función importante de la escuela es la detección de los trastornos específicos del aprendizaje (lectura, escritura y cálculo) (TA). La Ley Orgánica de Educación (BOE, 4 Mayo, núm.106, 2006) dice: “Corresponde a las Administraciones Educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria por TA puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado. Conciernen legalmente tanto a los Servicios de Salud como los Educativos hacerse responsables tanto del diagnóstico como del tratamiento”.

Los TA deben ser descubiertos lo antes posible, en el período de primaria, pero en no pocos casos se descubren tardíamente, en la enseñanza secundaria, incluso universitaria, cuando hay un fallo escolar patente. Las consecuencias de los TA afectan no solo al adolescente (dificultades para expresarse, somatizaciones, tristeza, baja autoestima, timidez, ansiedad...) sino también a la familia (culpabilizaciones, alteraciones en la dinámica familiar, burlas, etc...).

**Los informes PISA son estudios llevados a cabo por la OCDE a nivel mundial, que miden el rendimiento académico de los alumnos en matemáticas, ciencia y lectura**

**Los nuevos analfabetos son aquellos que no sepan “aprender a desaprender para volver a aprender otra vez”**

### A. El sistema educativo (SE)

El SE debe tener presentes las necesidades del futuro, en que surgirán nuevos trabajos y empleos. Ya ha pasado la época de la especialización técnica para acceder al mercado laboral. Los nuevos analfabetos son aquellos que no sepan “aprender a desaprender para volver a aprender otra vez” (Alvin Toffler). Los estudiantes de ahora se están preparando para trabajos que aún no se han diseñado. Esto refuerza la idea de la plasticidad de los nuevos conocimientos, que han de facilitar la adaptación a nuevos empleos al servicio de la sociedad. Vamos camino de sociedades postindustriales, donde se crearán trabajos nuevos y se exigirán habilidades distintas que habrá que aprender. Estas son materias para implantar en los nuevos planes de estudios. Alvin Toffler dejó escrito: «*La sociedad necesita personas que se ocupen de los ancianos y que sepan cómo ser compasivos y honestos. La sociedad necesita gente que trabaje en los hospitales. La sociedad necesita todo tipo de habilidades que no son sólo cognitivas, son emocionales, son afectivas. No podemos montar la sociedad sobre datos.*».

Por otro lado, los clínicos observamos el sufrimiento que algunos alumnos tienen con el estudio. No les gusta estudiar, y si es así, habrá que buscar las razones de ello, y no es fácil. El SE a través de sus programas debería hacer entender que el conocimiento es placentero, y procurar que las evaluaciones fueran menos traumáticas, más llevaderas, siempre teniendo en cuenta las capacidades de cada alumno.

Hay varias preguntas que no tienen fácil respuesta: ¿Se puede evitar el estrés escolar?, ¿Qué papel tiene el SE en la enseñanza de la tolerancia a la frustración?, ¿Cómo contribuir a una mejor socialización a través de buenas prácticas educativas escolares?, ¿Cómo enseñar el valor de la disciplina?

A esta última pregunta podemos responder. Hay varios tipos de disciplinas: autoritaria, de control emocional, negligente e inductiva (DI).

La DI es el modelo más aceptado como medida pedagógica, y resolvería muchos conflictos escolares (y familiares). (Tabla II).

**La disciplina inductiva (DI) es el modelo más aceptado como medida pedagógica, y resolvería muchos conflictos escolares (y familiares)**

### B. Neuroeducación

Nuestro cerebro está cambiando constantemente, tanto en su estructura como en su función. Esto nos permite aprender toda la vida. No hay dos cerebros iguales, y por eso los aprendizajes deben ser individualizados. Si a los alumnos les comentamos esta realidad cerebral, lejos del determinismo genético, les estimulamos a aprender. No es posible un buen aprendizaje sin fomentar la curiosidad y los descubrimientos. El aprendizaje produce estímulos en los circuitos de recompensa mediados por la dopamina, que activa el hipocampo y facilita el aprendizaje. Todo aprendizaje produce alegría y satisfacción, y nuestro cerebro tiende a repetir aquello que nos emociona. Por eso los aprendizajes con emociones positivas son más duraderos, se retienen y se comprenden mejor<sup>(9)</sup>.

Según estudios recientes, la red de control, o atención ejecutiva, está asociada a labores de inhibición de estímulos irrelevantes para la tarea que se está realizando en ese momento. Esta función ejecutiva se puede mejorar con un entrenamiento focalizado en la atención.

En cuanto al debate sobre el abuso o uso de la memoria, se sabe que hay dos tipos de memoria: una a largo plazo, relacionada con el hipocampo, y otra a corto plazo (memoria ejecutiva), relacionada con la corteza prefrontal, que forma parte de las funciones ejecutivas y que es la que nos permite la reflexión y el estudio. No es posible el aprendizaje sin memorizar, pero si se memoriza de manera razonable y razonada, los conocimientos serán más duraderos.

**No es posible el aprendizaje sin memorizar, pero si se memoriza de manera razonable y razonada, los conocimientos serán más duraderos**

Otro debate actual: sobre la cooperación y la competitividad. Nuestro cerebro social está programado para relacionarse con los demás desde nuestro nacimiento. Los procesos de educación deben ir, por tanto, orientados a facilitar la cooperación. Y se demuestra que cuando actuamos cooperativamente, se activan circuitos de recompensa. En estudios longitudinales, se demuestra que la cooperación en el aula aumenta el rendimiento escolar más que los procesos individualistas o competitivos<sup>(10)</sup>.



Frecuentemente se habla de la hiperestimulación de la sociedad, debida a las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y de que ese aumento de estímulos es muy importante para la vida de los adolescentes. La consecuencia de la sobreestimulación cultural y educativa es la activación simpática y la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, y consecuente puesta en marcha de neurotransmisores, como adrenalina y noradrenalina. Los niños sedentarios e hiperestimulados por el abuso de las pantallas son más nerviosos e inquietos, y tienen una mayor influencia del sistema simpático<sup>(11)</sup>.

Merece la pena hacer alguna reflexión sobre los beneficios recientemente probados del ejercicio físico aerobio (EF) sobre el aprendizaje, por la importancia que tiene como elemento educador y contrapeso de otros estilos de vida en auge, como el sedentarismo y el abuso de las TICs. Los avances en el conocimiento de la neurociencia han demostrado que el EF produce cambios en la zona frontal (aumenta la capacidad de atención, la concentración, la memoria, el control cognitivo, la capacidad verbal y no verbal, el razonamiento abstracto, la planificación, la capacidad espacial y la habilidad numérica), desarrolla el hipocampo, aumenta el riego sanguíneo cerebral (angiogénesis) y la cantidad de neuronas (neurogénesis); mejora las conexiones neuronales (neuroplasticidad) y aumenta el factor neurotrófico cerebral (BDNF), que favorece la supervivencia de las neuronas y la sinapsis entre ellas.

Estos cambios anatomofuncionales atenúan las respuestas fisiológicas a los agentes estresantes, mejoran la satisfacción con la imagen corporal, el estado de ánimo, el humor, el bienestar y la autoestima. La liberación de endorfinas (opíáceos endógenos), producida por el EF genera mayor felicidad (adicción). La mayor secreción de serotonina facilita la relajación e incrementa la tolerancia al estrés. Y finalmente, la dopamina tiene un efecto antidepresivo y ansiolítico.

No hay que olvidar tampoco que el ejercicio físico tiene otros efectos positivos y deseables en la adolescencia: actúa de forma disuasoria para el consumo de tabaco y alcohol (Casimiro, 1999), previene comportamientos delictivos, mejora los resultados escolares, y optimiza el rendimiento en tareas que requieran control cognitivo, atención y memoria. Por eso no es conveniente suspender la actividad física cuando hay alguna exigencia académica pues supone una medida antiestrés importante.

Uno de los defectos de nuestra sociedad es el sedentarismo, potenciado por el uso-abuso de las nuevas tecnologías de la comunicación, del confort de la butaca y recientemente por el confinamiento de la pandemia por SARS-COV-2. Hemos olvidado movernos. La OMS recomienda el ejercicio físico (EF) a todas las edades, en especial a los adolescentes, y a ser posible de tipo aeróbico<sup>(12)</sup>.

### C. La escuela como ecosistema que rodea al niño

Se entiende por ecosistema “el sistema biológico constituido por una comunidad de seres vivos y el medio natural en que viven. Y también, el medio social, profesional o educativo en el cual evoluciona un grupo de personas” (*Oxford Languages*). El entorno en que nos movemos también educa.

El ecosistema escolar debe pensar en el ruido, el exceso de tráfico, la contaminación, los espacios de recreo seguros, el diseño de las clases, la luz natural, los colores, el mobiliario del aula, la decoración acorde con los gustos de los adolescentes, los murales que permitan la expresión de opiniones y gustos... El microambiente escolar debe ser atractivo y estimulante, ya que el estudiante pasa la tercera parte del día en el colegio. Ser creativos y dejar participar a los alumnos en el diseño del aula podría ser una manera de hacerla más agradable. No es que sea lo más importante, pero contribuye a que la pedagogía y el método sean las eficaces.

### D. El maestro o profesor

El maestro o profesor, da igual la denominación, es la pieza clave en la enseñanza. Esta, como la medicina, al ser una labor que no puede sustituirse por la técnica, depende de la calidad del profesor. Pueden influir negativamente sobre el desarrollo del alumno tanto un profesor incompetente como uno competente que actúe inadecuadamente (incomprensión mutua, falta de empatía, rigidez...). El maestro es el transmisor del conocimiento y de la cultura (conjunto de hábitos, costumbres, valores, creencias etc.). Cuando el conocimiento es demasiado abstracto para

**Los avances en el conocimiento de la neurociencia han demostrado que el EF produce cambios en la zona frontal, desarrolla el hipocampo, aumenta el riego sanguíneo cerebral y la cantidad de neuronas; mejora las conexiones neuronales y aumenta el factor neurotrófico cerebral**

**El maestro es el transmisor del conocimiento y de la cultura. Cuando el conocimiento es demasiado abstracto para el alumno, el profesor es la pieza clave en la enseñanza**

## Tema de revisión

Relaciones escolares/universidad; amigos, sus problemas y qué hacer

el alumno, el profesor es la pieza clave en la enseñanza. Es el enlace del alumno con el saber, porque conoce sus capacidades y las dificultades de las tareas. Cabe esperar algún cambio en el papel del profesor o simplemente profundizar en su papel<sup>(13)</sup>. En la actualidad nuestra legislación considera al maestro figura de “autoridad pública” (Ley 2/2010 de 15 de junio).

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

Si tuviéramos que hablar de la salud escolar, el tema más importante por su prevalencia, su magnitud y su daño, es “el acoso escolar” (AE), también conocido por “*bullying*”, verdadero problema de salud pública. El informe Cisneros de 2006 reflejaba que el 25% de la población escolar lo había sufrido. No tenemos datos oficiales actualizados, pero la impresión en todos los ambientes, es que han aumentado. ¿Por qué no se ha continuado la investigación?

## La Universidad

Según la RAE, “La Universidad es la institución de enseñanza superior, que comprende diversas facultades y confiere los grados académicos correspondientes. Según las épocas y países, puede comprender colegios, institutos, departamentos, centros de investigación, escuelas profesionales, etc.”

El acceso a estudios universitarios se produce entre los 18 y los 24 años. Un 33% de los alumnos españoles no finaliza el grado en el que se matriculó, y un 21% abandona la universidad sin obtener un título (FBBVA, 2019). España ha registrado en 2020, por primera vez en su historia, un mayor número de personas con estudios superiores finalizados, según datos del Sistema Estatal de Indicadores de la Educación (2021), principal entidad en esta materia.

## La salud de los universitarios

No tenemos datos españoles recientes. Un metanálisis anterior a la pandemia (SARS-COV-2) reveló que el 30% de estudiantes de medicina padecía depresión. En la actualidad hay un estudio cuyos resultados se publicarán en breve sobre la salud mental de los universitarios realizado por el Centro de Investigaciones Biomédicas en Red de Salud Mental (CIBERSAM) dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación. En el estudio se valorarán variables como el tipo de vida del estudiante, datos socioeconómicos, problemas de sueño, síntomas mentales, consumos adictivos, problemas alimentarios o de conducta. Y se realizará una segunda parte al final del curso. Con estos datos se elaborará un diagnóstico<sup>(14)</sup>.

En un estudio prospectivo durante tres cursos consecutivos de estudiantes en ciencias del deporte, se encontró un aumento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y se constató la incorporación de la mujer en estos consumos. Por otro lado, han aumentado los niveles de actividad física y han descendido los de sedentarismo<sup>(15)</sup>.

En otro estudio, sobre una muestra representativa de una población de 11.490 universitarios, relacionando los hábitos saludables y el rendimiento académico, se encontraron los datos de la Tabla III.

En una encuesta sobre salud realizada a estudiantes de medicina cabe destacar que consideran que tienen un buen nivel de salud y de actividad física. El número de horas de sueño está ligeramente por debajo del que es recomendable, y la frecuencia de infrapeso es elevada, especialmente en las mujeres.

## Los pares

Amigos, pares o grupo de iguales son formas de denominar a los componentes que intervienen en las actividades sociales de los adolescentes.

Las neurociencias nos describen el cerebro social (CS) como el órgano encargado de gobernar la vida social del ser humano mediante neuronas y conexiones especializadas. Nuestro cerebro está preparado para reaccionar a las respuestas que nos producen otros seres humanos sean

**Un metanálisis anterior a la pandemia (SARS-COV-2) reveló que el 30% de estudiantes de medicina padecía depresión**

**Nuestro cerebro está preparado para reaccionar a las respuestas que nos producen otros seres humanos sean nuestros padres, maestros o amigos, y aprender de estas respuestas y reacciones**

nuestros padres, maestros o amigos, y aprender de estas respuestas y reacciones. El CS es la forma biológica de realizar las funciones humanas en el mundo, desarrollar las necesidades de comunicación (Maslow), sentirnos queridos, seguros y acompañados.

El CS, es nuestra capacidad innata para la vida de relación. Comprende diferentes circuitos y áreas cerebrales (el gyros cinguly, las neuronas de Von Economo y área frontal), encargados del reconocimiento facial y de la empatía, de los conflictos, la imitación, etc. Las neuronas en espejo son aquellas que se activan ante las expresiones emocionales de otras personas, son las responsables del "efecto contagio" que permite que los sentimientos y emociones se transfieran a otras personas. El CS nos permite comprender la forma de pensar y de sentir de los demás. Aunque nacemos con la capacidad de ser empáticos, la educación y las experiencias individuales nos hacen perder esta capacidad que tanto ha contribuido al desarrollo del homo sapiens.

El lenguaje y la capacidad de comunicarse han servido al género humano para la cooperación y la resolución de sus dificultades. Por tanto, el CS ha permitido el progreso del hombre. El ser humano solo no puede desarrollarse como persona.

La amistad es un valor presente durante toda la vida, especialmente en la adolescencia. La amistad es "afecto personal, puro y desinteresado, compartido con otra persona, que nace y se fortalece con el trato" (definición de la RAE).

Cuando los adolescentes descubren el grupo, se producen vinculaciones nuevas con la gente que escogen de su entorno. Esta "desvinculación" de los padres no es bien interpretada, y produce en ellos reacciones poco educativas (celos, rabia...). La desvinculación de la familia no se pierde: ha cumplido su labor, y ahora los jóvenes exploran otras vinculaciones necesarias para cumplir su plan de vida.

La amistad cambia con la edad: desde los 11 años a los 16, se forman las experiencias de amistad más trascendentes; de los 11 a los 14, suelen ser grupos del mismo sexo y con función lúdica. A partir de los 14, los grupos son más selectivos y se buscan en función de los valores o ideas que tengan; son más amplios y de diferentes sexos. No es raro que aparezca el deseo, intereses y orientaciones sexuales.

**¿Qué buscan en los amigos?** Comparten con ellos los cambios físicos, emocionales, familiares y sociales. Entre ellos encuentran la forma de gestionar estos sucesos con empatía y solidaridad. Les da seguridad y compañía en el ocio y tiempo libre. Buscan complicidad.

**¿Qué aportan los amigos?** Los amigos refuerzan la identidad (piensan, viven, se visten, hablan, comparten las mismas actitudes, los mismos gustos...), proporcionan una acogida cálida, crean relaciones cercanas, facilitan diversión, emoción y distracción.

En contra, por otro lado, experimentan la diferencia entre la incondicionalidad de la familia y la condicionalidad de los amigos, en los que no encuentran toda la solidaridad que esperaban.

La amistad tiene valores, como la lealtad, la confianza y el respeto a la individualidad del otro. Los adolescentes son muy sensibles a la pérdida de estos valores, y se resienten del daño, hasta tal punto que pueden perder la amistad, dando lugar a un duelo, o a convertir la relación en una amistad tóxica.

La influencia de los pares puede ser buena o mala. La deslealtad, los desengaños... son aprendizajes dolorosos y en ocasiones traumáticos. Los amigos o amigas son importantes porque construyen nuestro yo, y por eso las traiciones, que desestabilizan el yo y la identidad, son causa de sufrimiento.

La transgresión es una característica que procede de la curiosidad y del gusto por saltar los límites (fumar, beber, etc.). No tiene mayor importancia, siempre que se conozcan los efectos negativos que produce y se actúe consecuentemente.

**¿Qué pueden hacer los padres?** Lo más importante es seguir manteniendo el afecto, fortalecer su autoconcepto y procurar no juzgar a sus amigos. Los adolescentes sufren cuando se dan cuenta de que sus amigos, que han sido elegidos por ellos, no son bien vistos en la familia.

**El lenguaje y la capacidad de comunicarse han servido al género humano para la cooperación y la resolución de sus dificultades**

**Lo más importante en la actuación de los padres es seguir manteniendo el afecto, fortalecer su autoconcepto y procurar no juzgar a sus amigos**

## Tema de revisión

Relaciones escolares/universidad; amigos, sus problemas y qué hacer

Los adolescentes en las ciudades grandes se agrupan voluntariamente por aficiones, gustos musicales, formas de vestir, ideologías o lugares de reunión. A estas agrupaciones se las llama sociológicamente tribus urbanas (TU). Las TU son un producto de las sociedades industriales y desarrolladas donde la globalización y el consumo han uniformado todo y a todos. Invitan a buscar grupos unidos por identidades afines donde encuentran su lugar diferenciado de otros. La causa de la eclosión de las TU hay que buscarla en el desarrollo industrial, la sociedad de consumo, el desencanto y la desesperanza de los jóvenes que buscan ambientes, lugares y grupos con quienes compartir ideologías, creencias, formas, ideas y actitudes enfrentadas con la sociedad convencional, pero donde ellos se sienten a gusto<sup>(16)</sup>.

La cohesión del grupo se basa en los gustos, las modas, las ideas o creencias y en algún tipo de actividades. Las TU son subculturas, están unidas por la forma de pensar y sentir, a sus miembros les une el placer de ser distintos y encontrar en la “inadaptación” una forma de vivir. Sus costumbres están en ocasiones al borde de las normas sociales. Sin embargo, las TU mantienen sus propios códigos de valores, lenguaje y normas que dan identidad al grupo.

La influencia de las TU sobre los adolescentes puede ser más potente que la cultura de donde proceden, su familia, su escuela o su universidad. Se describen más de veinte TU, pero las más destacadas, a título informativo, son los hippies, los rockers, los beatniks, los mods, los yuppies, los punks, los skinheads, los rapers, los góticos, los okupas, los heavys, los neohippies, los nuevaoleros, los bakalas, los makineros, los skaters, los ravers y los pijos... cada uno tiene sus características bien definidas, y las llevan con orgullo.

Paralelamente al desarrollo de las TU, aparecen los llamados “nichos afectivos” (NA). El nicho afectivo es un espacio virtual donde se integra el adolescente para llenar de sentido y de afecto su vida de relación. Son nichos virtuales, conexiones colectivas, en las que el individuo vive pendiente de un “like” que puede subir o bajar su autoestima en segundos, pero que le proporciona el sentimiento de pertenecer a un grupo en la red. Los nichos afectivos han sido reforzados por el desarrollo de las nuevas tecnologías, capaces de poner en contacto y divulgar el pensamiento del grupo<sup>(17)</sup>.

## ¿Qué hacer?

Las diferencias generacionales potenciadas por la menor capacidad de educación de las familias y una mayor influencia social a través de las TICs, hacen que los padres se sientan más desorientados, incluso acomplejados por las exigencias y vitalidad de sus hijos. Por tanto, solicitan ayuda sobre cuestiones que a los profesionales nos sorprenden. Las consultas se convierten en clases de formación, incluso en terapias psicológicas, que dada la profundidad de los temas siempre resultan insuficientes. Por eso es bueno recurrir a recomendaciones disponibles en internet. Cuando se habla de recomendaciones para evitar o dirigir el papel educativo y formativo de las personas involucradas en la educación y cuidado de los adolescentes es inevitable recomendar lo que organizaciones de reconocido prestigio como UNICEF o Save the Children recomiendan. Estas ONGs se nutren de los mejores estudios científicos, de donde extraen sus recomendaciones. Existen otras muchas organizaciones accesibles a través de internet<sup>(18,19)</sup>.

Siempre la información es buena y necesaria. El conocimiento de como somos nos ayuda a ser mejores educadores. El saber está en los documentos científicos, y en nuestra sociedad son accesibles.

Pero no es solo eso. Lo más difícil es la actitud, eso que nos viene de nuestra propia infancia y biografía. Cambiar las actitudes supone un proceso costoso en tiempo y esfuerzo. Se basa en el autocrecimiento y la reflexión interna, que nos haga ser capaces de superar los defectos que como educadores-cuidadores no podemos permitirnos. En ocasiones, se puede precisar ayuda especializada.

Los adolescentes son muy sensibles al lenguaje no verbal, que si está en contradicción con otro tipo de mensajes, anula todos los esfuerzos que hemos hecho como educadores-cuidadores. No es cierto que “no se puede cambiar”. Mantener esa afirmación es negar la esencia plástica del ser humano.

**La influencia de las tribus urbanas (TU) sobre los adolescentes puede ser más potente que la cultura de donde proceden, su familia, su escuela o su universidad**

**Cuando se habla de recomendaciones para evitar o dirigir el papel educativo y formativo de las personas involucradas en la educación y cuidado de los adolescentes es inevitable recomendar a organizaciones de reconocido prestigio**

## Tablas y figuras

### Tabla I. Competencias clave de la Unión Europea

1. Comunicación en lengua materna
2. Comunicación en lengua extranjera
3. Competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología
4. Competencia digital
5. Aprender a aprender
6. Competencia social y cívica
7. Sentido de iniciativa y emprendimiento
8. Sensibilización y expresión culturales

Fuente: *Teacher Assessing Key Competences in School: authentic task based evaluation methodology – 2015-1-IT02-KA201-015399*. (Disponible: Nov. 2022). <http://www.taskeuproject.com/the-tool/the-tool-es/que-son-las-competencias-clave/>.

### Tabla II. La disciplina inductiva. Características

1. **Asimetría** en los roles: una de las partes tiene autoridad educativa sobre la otra, que debe participar activamente en el proceso educativo.
2. **Relación de educación:** Es una relación de conducción, de orientación, y un educando que obedece (que reconoce la autoridad educativa), en un vínculo que emplea métodos específicos (los educativos).
3. **La primera característica de la disciplina inductiva es que en ella se intenta que quienes tienen que cumplir la norma descubran su sentido y participen en la formulación concreta de ésta.**
4. La **instrucción educativa** es antes que nada la explicación de las razones de lo que hay que hacer: explicar las normas, dar ejemplo si fuera el caso, dar instrucciones concretas sobre cómo se puede llevar a cabo la tarea, etc.
5. **Las normas pueden ser discutidas** por parte de quien tiene que obedecerlas.
6. **La autoridad educativa debe estar dispuesta a cambiar la norma o su forma de aplicación en la situación concreta.**
7. Hay momentos que habrá de **prevalecer la autoridad de los educadores.**
8. **El cumplimiento de las normas debe ser vigilado y la conducta de los niños y niñas premiada o castigada. La educación, al fin, es el reto del convencimiento y del buen trato.**
9. **La meta de la disciplina inductiva es su desaparición, ir dando paso a la autonomía de los niños y niñas, a medida que van creciendo.**

Fuente: F. López Sánchez. *Conflictos entre padres e hijos: el problema de la disciplina*. Disponible en: *Adolescere* 2017; V (1): 70-80 <https://www.adolescere.es/conflictos-entre-padres-e-hijos-el-problema-de-la-disciplina/>.

## Tabla III. Relación entre los hábitos saludables y el rendimiento académico

- El género femenino se relaciona con un mayor rendimiento académico.
- Existe relación entre el rendimiento académico y el lugar donde los estudiantes realizan las comidas más importantes del día, y si éstas son de preparación casera.
- Comer comida casera, ya sea en el propio domicilio o en fiambreras en la universidad es un factor que se debe incentivar en los estudiantes, como hábito nutricional saludable, porque podría contribuir a mejorar el rendimiento académico.
- Es preocupante la mala adherencia a la dieta mediterránea.
- Es necesariamente mejorable el consumo de frutas, verduras y pescado.
- Los universitarios con un grado de responsabilidad muy baja o baja tienen un rendimiento académico por debajo de la media.
- Los factores asociados al hábito de estudio, relacionados con el rendimiento académico de los estudiantes son: la frecuencia de estudio (a mayor tiempo de estudio, mayor rendimiento), el momento del día en el que se estudia (menor rendimiento en el hábito de estudio nocturno), el estudiar acompañado o solo (menor rendimiento académico de estudio con compañeros), el lugar donde se estudia (menor rendimiento en la biblioteca) y el acudir a clases de refuerzo (relacionado con un menor rendimiento).
- Una actividad social intensa que implica salir más de dos veces a la semana se relaciona con un rendimiento académico por debajo de la media.

Fuente: Gimeno Tena A, Esteve Clavero A. Relación entre los hábitos saludables y el rendimiento académico en los estudiantes de la Universitat Jaume I. *Nutr Clín Diet Hosp*. 2021; 41(2):99-106.

## Bibliografía

1. Rodríguez Molinero, L. El adolescente y su entorno, familia, amigos, escuela y medios. *Pediatría Integral* 2017; XXI (4): 261-269.
2. López Sánchez, F. Necesidades en la adolescencia. F. López. *Adolescere* 2016; IV (2): 81-92.
3. Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L. La adolescencia. Situación epidemiológica. Patología más frecuente. La transición. *Pediatría Integral* 2022; XXVI (4): 200 - 213.
4. Luzuriaga, M. La invención de la adolescencia: una visión histórica y transcultural. *Adolescencia, Clínica Psicológica y Psicoanalítica Institucional*. Del Hospital ediciones, 2013. (pp.15-45).
5. Sociedad líquida y desigualdad económica. Rafael del Pino. <https://frdelpino.es/actualidad/sociedad-liquida-y-desigualdad-economica/>.
6. Encuesta Fundación FAD (2022). Los adultos, sobre los adolescentes. <https://www.heraldo.es/noticias/sociedad/2022/03/01/los-adultos-sobre-los-adolescentes-consumistas-y-preocupados-por-su-imagen-1556705.html>.
7. Lozano Vicente, A. Teorías de teorías sobre la adolescencia. Última Década nº 40. Proyecto Juventudes. Julio 2014 pp. 11-36.
8. Prieto JJ. El informe PISA: incertidumbre al servicio de la economía. [https://cincodias.elpais.com/cincodias/2022/08/31/opinion/1661946709\\_787432.html](https://cincodias.elpais.com/cincodias/2022/08/31/opinion/1661946709_787432.html).
9. Moreno Osuna KL. La Neuroeducación en los procesos de enseñanza y aprendizaje en primaria. *Revista de Formación Estratégica*. 2022. <https://formacionestrategica.com/index.php/foes/article/view/57/30>.
10. Guillén, J C. Neuroeducación en el aula. De la teoría a la práctica. 2017.
11. Quiroga Méndez, MP. Impacto de las Nuevas Tecnologías y las Nuevas Formas de Relación en el Desarrollo. *Psicología Educativa* Vol. 17, n.º 2, 2011 - Págs. 14.
12. Consejos para volver a la práctica de actividad física en la fase de desconfinamiento. <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/consejos-volver-practica-actividad-fisica-fase-desconfinamiento>.
13. Ruiz Quiroga PM. Papel del maestro en el aula. <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7499.pdf>.
14. Torres Menarquez A. Sanidad y Universidades encargan el primer estudio para conocer el estado de salud mental de los estudiantes. <https://elpais.com/sociedad/2022-10-10/sanidad-y-universidades-encargan-el-primer-estudio-para-conocer-el-estado-de-salud-mental-de-los-estudiantes.html>.
15. Vila Suárez H, Ayán C, Gutiérrez-Santiago A, Cancela JM. Evolución de hábitos saludables en estudiantes universitarios en ciencias del deporte. 2021, *Retos*, 41, 524-532.
16. *Tribus urbanas*. <https://concepto.de/tribus-urbanas/>.
17. Feixa, C, Sánchez García, J. De las culturas juveniles a los estilos de vida: etnografías y metaetnografías en España, 1985-2015. <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/71233/023587.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Guía del buen trato dirigida a padres y cuidadores de niños y adolescentes. <https://www.unicef.org/mexico/informes/crianza-basada-en-el-buentrato>.
19. A profesionales del ámbito jurídico. *Youthtopía España, Italia, Portugal y Rumania*. <https://www.lamercedmigraciones.org/src/uploads/2016/12/Kit-de-herramientas-compartir-online.pdf>.

## Páginas web útiles

1. "A cambio de nada". Película premiada en varias ocasiones de Daniel Guzmán. Describe la vida de dos amigos que dejan su casa y forman otra familia.
2. María Salmerón, pediatra dedicada a la adolescencia y con mucha experiencia en las nuevas tecnologías. Coautora de una guía sobre ciberbullying. <https://www.mimamayanoespediatra.es/maria-salmeron/>.
3. Blog sobre adolescentes desde el punto de vista positivo. <https://adolescenciapositiva.com/blog/>.
4. Fundación ANAR. Una ONG dedicada a protección de adolescentes en riesgo. <https://www.anar.org>.
5. Universidad de padres. Es una idea del profesor J.A. Marina dedicada a la pedagogía de la educación en adolescentes. <https://universidaddepadres.es>.

## PREGUNTAS TIPO TEST

1. **Sobre el concepto de adolescencia, ¿qué NO es la adolescencia? Una es FALSA, ¿cuál?**
  - a) No es una enfermedad, es una situación normal del desarrollo.
  - b) No es una transición, es un período de la vida como cualquier otro con sus características propias puesto que la vida es un *continuum*.
  - c) No es una etapa de mala prensa.
  - d) No están en contra del mundo, sino que disfrutan de él.
  - e) No están en contra de los padres, sino que agradecen lo que hacen por ellos. Los problemas de comunicación proceden de relaciones anteriores dificultosas.
2. **Desde el punto de vista del neurodesarrollo, de estas afirmaciones, ¿cuál es la CORRECTA?**
  - a) La maduración es un proceso que va de atrás a adelante, de la nuca (funciones más primarias) a la frente (funciones superiores).
  - b) Aumenta la mielinización lo que facilita la transmisión interneuronal.
  - c) Incrementa la arborización y el aumento del número de sinapsis.
  - d) También se produce la poda neuronal o la desaparición de aquellos circuitos que no se han desarrollado.
  - e) Todas son correctas.
3. **Acerca de la neuroeducación, ¿cuál de las siguientes expresiones es CORRECTA?**
  - a) Nuestro cerebro solo cambia durante la infancia.
  - b) Las estructuras cerebrales y los circuitos neuronales son iguales para todos.
  - c) No es posible un buen aprendizaje sin fomentar la curiosidad y los descubrimientos.
  - d) El aprendizaje produce estímulos en los circuitos de recompensa mediados por dopamina, que activa el hipocampo y facilita el aprendizaje.
  - e) La c y la d.
4. **Teniendo en cuenta lo que sabemos de nuestro cerebro social (CS). ¿Cuál de estas afirmaciones es la MÁS CIERTA?**
  - a) El CS, es nuestra capacidad innata para la vida de relación.
  - b) Las neuronas en espejo son aquellas que se activan ante las expresiones emocionales de otras personas, son las responsables del "efecto contagio" que permite que los sentimientos y emociones se transfieran a otras personas.
  - c) El CS nos permite comprender la forma de pensar y de sentir de los demás. Aunque nacemos con la capacidad de ser empáticos, la educación y las experiencias individuales hacen perder esta capacidad que tanto ha contribuido al desarrollo del homo sapiens.
  - d) Son ciertas todas.
  - e) Solo es cierta la a.
5. **Una de estas afirmaciones sobre la actitud como predisposición clínica a la atención a los adolescentes, es FALSA:**
  - a) La actitud es un proceso fácil de construir.
  - b) Cambiar las actitudes supone un proceso costoso en tiempo y esfuerzo.
  - c) Se basa en el autoconocimiento y la reflexión interna.
  - d) Los cambios en la actitud en ocasiones puede precisar ayuda especializada.
  - e) Los adolescentes son muy sensibles a la actitud que se nota en el lenguaje no verbal y tira por tierra todos los esfuerzos como educadores-cuidadores.

Respuestas en la página 113

# Salud digital

**M.A. Salmerón Ruíz.** Pediatra. Coordinadora del grupo TICs de la SEMA. Unidad de adolescencia y pediatría. Hospital Ruber Internacional (Madrid).

**Fecha de recepción:** 12-01-2023

**Fecha de publicación:** 28-02-2023

Adolescere 2023; XI (1): 38-46

## Resumen

Los medios digitales impactan en la salud a todos los niveles (físico, psicológico, social, sexual) y a cualquier edad (desde el nacimiento hasta el final de la vida). Los adolescentes son un grupo de edad especialmente vulnerable al estar en desarrollo y tener dificultades para el autocontrol. Además, es una etapa interesante para prevenir y establecer hábitos de vida saludables. El pediatra tiene una posición privilegiada para acompañar a los padres, desde el nacimiento de los hijos, en el establecimiento y mantenimiento de una adecuada salud digital en la familia y poder detectar precozmente los riesgos.

**Palabras clave:** *Medios digitales; Familia; Salud; Uso de pantallas; Adolescentes.*

## Abstract

Digital media impact health at all levels (physical, psychological, social, sexual) and at any age (from birth to the end of life). Adolescents are a particularly vulnerable age group as they are developing and have difficulties in self-control. Moreover, it is an interesting stage to prevent and establish healthy lifestyle habits. The pediatrician has a privileged position to accompany parents, from the birth of their children, in the establishment and maintenance of adequate digital health in the family and to be able to detect risks early.

**Key words:** *Digital Media; Family; Health; Screen use Adolescents.*

## Definición salud digital<sup>(1)</sup>

La OMS<sup>(2)</sup> definió la salud como la ausencia de enfermedad y el completo bienestar a nivel físico, psicológico y social. Hay muchas definiciones posteriores de salud. Terris<sup>(3)</sup> en los años 80 suprimió de la definición la palabra "completo" por ser irreal e introdujo el término funcionalidad, dando cabida a la diversidad funcional. En la adolescencia además la salud sexual tiene una gran relevancia.

Se entiende como digital a todos aquellos dispositivos que permiten almacenar y compartir información: televisión, tableta, teléfono inteligente, ordenador, pulseras de actividad...

La Academia Americana de Pediatría en el 2016<sup>(4)</sup> y la Sociedad Canadiense de Pediatría en el 2017<sup>(5)</sup> publicaron dos consensos en base a la evidencia científica disponible, haciendo referencia por primera vez, del impacto del mundo digital sobre la salud en la adolescencia.

La salud digital promueve un uso saludable, seguro, crítico y responsable de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Los objetivos de la salud digital son: 1) Promoción de los hábitos saludables digitales; 2) Detección precoz de los riesgos y de las patologías derivadas; 3) Tratar de forma adecuada los casos y evitar las secuelas según el riesgo.

**Los objetivos de la salud digital son: 1) Promoción de los hábitos saludables digitales; 2) Detección precoz de los riesgos y de las patologías derivadas; 3) Tratar de forma adecuada los casos y evitar las secuelas según el riesgo**



El uso adecuado del mundo digital se adquiere mediante el aprendizaje desde los primeros meses de vida, siendo esencial el ejemplo de los padres. Es necesario que la sociedad haga una reflexión profunda sobre el uso del mundo digital en la etapa adulta y si los adultos son un modelo adecuado para ser agentes activos en la educación digital de los niños y adolescentes.

## Epidemiología en el uso de medios digitales y la adolescencia española

En la actualidad, los datos a nivel mundial tienen escasa evidencia científica porque la mayoría de los estudios son transversales y se realizan mediante cuestionarios auto informados por los adolescentes<sup>(7)</sup>. En España además los análisis realizados son por comunidades autónomas con pocos estudios a nivel nacional.

Una encuesta publicada en 2021 por UNICEF<sup>(8)</sup>, hace un análisis interesante a través de cuestionarios validados del uso y los riesgos de la tecnología en la adolescencia. El estudio es de ámbito nacional a través de un cuestionario *on line*. Participaron un total de 41.509 adolescentes de ambos sexos que estaban cursando estudios de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en centros públicos, privados o concertados. La edad de los participantes está comprendida entre los 11 y los 18 años.

### — Acceso al teléfono móvil e Internet

Según este estudio, el 94,8% de los adolescentes dispone de teléfono móvil con conexión a Internet, dispositivo al que acceden a los 10,96 años por término medio. El 92,2% de los estudiantes de 1.º y 2.º de ESO ya tienen su propio *smartphone*. La mitad cuenta con una conexión vinculada a un contrato y al menos 1 de cada 4 dispone de datos ilimitados.

### — Tiempo de uso y redes sociales

Un 31,6% pasa más de 5 horas diarias conectado a Internet un día de la semana cualquiera, cifra que asciende al 49,6% durante el fin de semana. El 98,5% está registrado al menos en una red social; el 83,5%, en tres o más; y el 61,5% tiene varias cuentas o perfiles dentro de una misma red social. YouTube, Instagram y TikTok son las redes sociales más aceptadas.

### — Límites en casa

Solo el 29,1% refiere que sus padres les ponen normas sobre el uso de la tecnología; el 24%, que le limitan las horas de uso; y el 13,2%, los contenidos a los que acceden. 1 de cada 4 tiene discusiones todas las semanas en casa por el uso de la tecnología. Paradójicamente, el 36,8% informa de que sus padres acostumbran a utilizar el móvil en las comidas. El establecimiento de normas y límites se reduce a la mitad en la segunda etapa de ESO.

Respecto a los riesgos:

### — Uso Problemático de Internet (UPI)

Un 33% estarían comenzando a desarrollar un problema real con el uso de Internet y las redes sociales. El porcentaje es significativamente mayor entre las chicas y se incrementa a partir de los 14 años.

### — Uso de videojuegos

6 de cada 10 adolescentes juegan a videojuegos al menos algún día por semana (un 26,5% todos o casi todos los días). En el caso de los chicos, estas cifras ascienden al 86,5%. Un 4,4% les dedica más de 30 horas a la semana y un 4,5% se gasta más de 30€ al mes. Más del 50% de los adolescentes juegan habitualmente a videojuegos no recomendados para menores 18 años, pero solo 1 de cada 4 progenitores se fija en la edad recomendada para poner algún tipo de impedimento al respecto.

### — Apostar o jugar dinero *on line*

El porcentaje de adolescentes que ha apostado o jugado dinero *online* alguna vez en su vida es del 3,6%. El 1,6% lo hace al menos una vez al mes. Los porcentajes son mayores entre los chicos

Solo el 29,1% de los adolescentes refiere que sus padres les ponen normas sobre el uso de la tecnología

Un 33% de los adolescentes estarían comenzando a desarrollar un problema real con el uso de Internet y las redes sociales. El porcentaje es mayor entre las chicas y se incrementa a partir de los 14 años

(4-5 veces más) y en 3º- 4º de ESO. Las apuestas deportivas son la modalidad más aceptada entre los estudiantes de ESO, especialmente entre los chicos de 3º y 4º.

Existe una creencia relativamente asentada de que es bastante o muy probable ganar dinero jugando *online* (43,1%). Además, más de la mitad de los que apuestan lo hace con sus amigos, lo que refleja el componente social del juego.

— Acoso escolar y ciberacoso

El uso de instrumentos de cribado específicos permitió estimar en un 33,6% la tasa de victimización de acoso escolar y en un 22,5% de ciberacoso, cifras sensiblemente mayores que las que reflejan las estadísticas oficiales. Las cifras son algo mayores entre las chicas y en la primera etapa de ESO, implicando además un perfil relativamente diferente: las chicas presentan mayores porcentajes de víctimas puras, y los chicos de agresores y de víctimas-agresoras.

— *Sexting*, *grooming* y pornografía

El contacto con desconocidos *online* es habitual. El 9,8% de los adolescentes ha llegado a recibir proposiciones de tipo sexual por parte de un adulto a través de la Red. Las chicas son objeto de proposiciones sexuales por parte de adultos mucho más frecuentemente que los chicos, mientras que el consumo de pornografía *online* se duplica en el género masculino.

El 26,8% practicó alguna vez *sexting* pasivo (recibir imágenes con contenido sexual de una persona conocida) y el 8%, *sexting* activo (enviar imágenes propias con contenido sexual). Un porcentaje mayor (11,4%) sufrió presiones para hacerlo. Aunque el *sexting* es practicado por ambos géneros, las presiones las sufren generalmente las chicas.

**El contacto de los adolescentes con desconocidos *online* es habitual. El 9,8% ha recibido proposiciones de tipo sexual por parte de un adulto, las chicas con más frecuencia. El consumo de pornografía *online* se duplica en el género masculino**

## Impacto de la tecnología en la salud del adolescente

En los últimos años se ha publicado mucho sobre el impacto de la tecnología en la salud del adolescente. Este rápido aumento puede deberse a diversas razones: la tecnología ocupa una parte cada vez mayor de la vida cotidiana de los adolescentes, en esta etapa no aceptan fácilmente los límites de los padres, el bienestar emocional muestra más fluctuaciones que en otras edades, asumen más riesgos, se establecen los hábitos de vida saludables y pueden surgir enfermedades mentales como la depresión. Dado que el mundo digital ofrece a los adolescentes oportunidades para participar en comportamientos de riesgo, unirse a comunidades peligrosas e interactuar con extraños fuera de la supervisión de los padres, es justificable que se quiera comprender los efectos del mundo digital sobre la salud de los adolescentes<sup>(9)</sup>. Sin embargo, a pesar del aumento de las publicaciones, las revisiones sistemáticas informan sobre un tamaño del efecto menor del esperado debido a varios factores<sup>(7,9,10)</sup>:

- Los estudios son heterogéneos entre sí con diferentes formas de medir el impacto y con distintos conceptos de qué es la salud y el bienestar.
- La mayoría de los estudios son transversales mediante encuestas auto informadas por los adolescentes por lo que no se pueden establecer relaciones causa-efecto y los resultados pueden estar sesgados. Además, al realizarse en poblaciones heterogéneas con diferentes factores de riesgo el tamaño del efecto es menor.
- La mayoría de las revisiones sistemáticas afirman que es necesario la realización de estudios longitudinales o experimentales para obtener una mayor evidencia científica.
- Sería necesario el análisis de los factores de riesgo y los factores protectores. Los estudios que los valoran afirman que son semejantes a los de una adecuada salud mental: la resiliencia, el estilo educativo democrático, la aceptación social, entre otros.
- Existe evidencia sólida de que los niveles más altos de tiempo de pantalla se asocian con una variedad de daños a la salud: aumento de la adiposidad, la dieta poco saludable, los síntomas depresivos y la baja calidad de vida percibida. La evidencia del impacto en otros aspectos de la salud es débil o inexistente.

**Existe evidencia sólida de que los niveles más altos de tiempo de pantalla se asocian con: aumento de la adiposidad, la dieta poco saludable, los síntomas depresivos y la baja calidad de vida percibida**

## Impacto de la tecnología en la salud del adolescente y nivel de evidencia

### — A nivel físico:

- Sueño: ha sido ampliamente estudiado a pesar de lo cual el nivel de evidencia es débil<sup>(11)</sup>. Los adolescentes que usan los dispositivos digitales más de dos horas tienen un mayor riesgo de dormir menos de lo que necesitan. El uso de pantallas electrónicas antes de acostarse aumenta la somnolencia diurna porque interrumpe el sueño de múltiples maneras: más tiempo para conciliar el sueño, disminución de la somnolencia nocturna, reducción de la secreción de melatonina, retraso del reloj circadiano, disminución y retraso en el sueño REM. La mera presencia de dispositivos multimedia encendidos en el dormitorio interrumpe el sueño, posiblemente relacionado con la tentación de revisar los dispositivos cuando están presentes o debido a una respuesta condicionada que implica una mayor excitación. La falta de sueño por el uso nocturno del teléfono móvil está relacionada en adolescentes con el estado de ánimo depresivo, los comportamientos externalizantes, la disminución de la autoestima y las dificultades en el afrontamiento<sup>(7)</sup>.
- Alimentación: evidencia moderada de una asociación entre el tiempo de pantalla, particularmente el tiempo de televisión, y una mayor ingesta de energía y una dieta menos saludable<sup>(6,11)</sup>.
- Actividad física: el uso de pantallas por sí solo no disminuye directamente la actividad física, sin embargo, la investigación tiende a confirmar que los adolescentes que ya son inactivos pasan más tiempo usando pantallas<sup>(6)</sup>.
- Cantidad de materia grasa: hay evidencia moderadamente sólida de que un mayor tiempo de pantalla frente a la televisión se asocia con un mayor nivel de adiposidad, pero que no hay evidencia suficiente para una asociación con el tiempo de pantalla general o el tiempo de pantalla que no sea la televisión<sup>(11)</sup>.
- A nivel ocular: la fatiga visual digital (FVD) es una entidad que engloba los síntomas visuales y oculares derivados del uso prolongado de pantallas. Se caracteriza por ojo seco, picazón, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, visión borrosa y dolor de cabeza. Los síntomas no oculares asociados con la fatiga visual incluyen rigidez con dolor a nivel cervical y lumbar, fatiga general y dolor de cabeza. La prevalencia de FVD entre los niños aumentó al 50-60% durante la pandemia. En la infancia y adolescencia incluye la miopía de reciente aparición y el aumento de la progresión de la miopía existente convirtiéndose en una de las complicaciones de salud ocular más importantes.
- Dolor: evidencia débil de una asociación entre el tiempo de pantalla y el dolor de cuello/hombro, dolor de cabeza y dolor lumbar, aunque esto se examinó en muy pocos estudios<sup>(11)</sup>.
- Nivel atencional y cognitivo: evidencia débil de que el tiempo de pantalla, en particular el tiempo de televisión, se asocia con calificaciones más bajas.

### — A nivel social:

Los efectos podrían ser tanto perjudiciales (las interacciones negativas y la comparación social) como beneficiosos (conexión social y el apoyo). Depende de la calidad de las interacciones y de los factores individuales. Ciertos estilos cognitivos, como los que presentan altos niveles de rumiación, aumentan los efectos negativos de las redes sociales. Además, el impacto negativo de las redes sociales en los síntomas depresivos parece que es mayor para los adolescentes con bajos niveles de interacción en persona; en contraste, los jóvenes con altos niveles de socialización cara a cara parecen estar relativamente protegidos contra las consecuencias negativas de pasar demasiado tiempo en línea.

### — A nivel de salud mental:

Existe evidencia moderadamente sólida de una asociación entre el tiempo de pantalla y los síntomas depresivos. Esta asociación es para el tiempo de pantalla general, la evidencia es muy limitada para el tiempo en las redes sociales. Hay poca evidencia de la asociación del tiempo de pantalla con alteraciones del comportamiento, ansiedad, hiperactividad y falta de atención. No hay evidencia clara de una asociación con trastornos alimentarios o ideación suicida<sup>(11)</sup>.

### — Calidad de vida:

Hay evidencia moderada de la asociación del tiempo de pantalla con una calidad de vida percibida más baja. Evidencia débil para un umbral de  $\geq 2$  horas diarias de tiempo de pantalla<sup>(11)</sup>.

Se ha observado un impacto de la tecnología en la salud del adolescente, tanto a nivel físico, social, mental con una menor percepción de la calidad de vida

## Abordaje de la salud digital en la consulta

A pesar de las limitaciones de la evidencia científica disponible, los médicos pueden utilizar el conocimiento disponible en su práctica clínica para instaurar hábitos de vida saludables entre los adolescentes<sup>(10,11)</sup>.

Es necesario que en la consulta del adolescente se realicen preguntas acerca del uso de la tecnología en la familia (Tabla I) e informar del impacto de la tecnología en la salud. Además, es importante valorar los factores de riesgo y los factores protectores a nivel familiar, escolar, social y de salud mental. Por ejemplo: un adolescente con una familia con estilo educativo democrático, con buena aceptación social, con actividades de ocio y tiempo libre, que practique deporte y no tenga enfermedad mental tendrá un menor riesgo.

**En salud digital es necesario un enfoque de reducción del daño familiar sugiriendo un uso saludable de los dispositivos con límites tanto para los adolescentes como para el resto de la familia**

Es interesante abordar la salud digital con un enfoque de reducción del daño, sugiriendo un uso saludable de los dispositivos a nivel familiar que incluya límites tanto para los adolescentes como para el resto de la familia. Si los padres son un ejemplo adecuado se consigue que los hijos cumplan las normas con mayor facilidad.

Animar a los padres a participar de manera proactiva en la limitación del uso de los dispositivos y las redes sociales a nivel familiar. En la edad escolar establecer límites es efectivo. Sin embargo, en la adolescencia hay que hacerlos partícipes y mantener un diálogo abierto en la familia con orientaciones positivas.

La entrevista motivacional es una intervención con eficacia establecida para adolescentes con consumo de sustancias, que podría ser útil para jóvenes que parecen tener poco autocontrol en el uso de las redes sociales o las pantallas. Este enfoque implica una entrevista abierta y sin prejuicios de todos los aspectos de la vida digital, tanto positivos como negativos<sup>(11)</sup>.

### Las recomendaciones para disminuir el impacto del mundo digital en la adolescencia son:

- Tiempo de uso: no existe una recomendación de tiempo en la adolescencia. Sí que hay evidencia de que un consumo mayor de dos horas se relaciona con peor calidad de vida. Es importante establecer tiempos de desconexión para realizar otras actividades como leer, juegos en familia o socializar. Durante los tiempos de desconexión los dispositivos estarán silenciados y en un lugar previamente pactado. Hay que informar sobre la importancia de una dieta saludable, ejercicio físico regular, sueño adecuado y tener tanto relaciones sociales como actividades de ocio sin los dispositivos digitales.
- Apagar los dispositivos que no se estén utilizando.
- Eliminar del dispositivo las aplicaciones que no se usen.
- Lugares de uso: evitar el uso de los dispositivos en los dormitorios y los baños. El uso de los dispositivos mejor en sitios comunes como el salón o la cocina.
- A nivel de seguridad: hablar con el adolescente de la importancia de la información sensible, cambiar las contraseñas con frecuencia y que estas sean seguras.
- A nivel físico:
  - Sueño: evitar el uso de pantallas 1-2 horas antes de acostarse y mantener los dispositivos apagados y fuera de la habitación.
  - Alimentación: restringir el uso de las pantallas durante las comidas. Realizar una dieta saludable.
  - Actividad física: actividad física regular de intensidad moderada-alta.
  - A nivel ocular y el dolor: ergonomía correcta, parpadear con frecuencia, mejorar la iluminación, minimizar el deslumbramiento, descansos regulares de la pantalla, cambiar el enfoque mirando a un objeto que está a la distancia de manera intermitente.
  - Atencional y cognitivo: mantener los dispositivos que no se precisen para las tareas académicas fuera de la habitación.
- A nivel social:
  - A nivel familiar: realizar actividades en familia de forma regular sin usar los dispositivos, por ejemplo: juegos de mesa, actividad física al aire libre o realizar planes fuera de casa, etc.

**Es importante establecer tiempos de desconexión del mundo digital para realizar otras actividades como leer, juegos en familia o socializar**

- Con el grupo de iguales: el uso de redes sociales en tiempos establecidos y lugares comunes de casa. Alentar al adolescente a realizar actividades con los amigos cara a cara.

## Plan digital familiar<sup>(1)</sup>

El “plan digital familiar” supone una revolución en la promoción de la salud digital, porque los padres en vez de ser agentes pasivos que establecen normas o no, se convierten en agentes activos y modelos que los hijos imitarán. Las TIC son algo más en lo que educar y los padres tienen que implicarse y ser ejemplo.

La Academia Americana de Pediatría en su web dedicada a familias tiene una herramienta de ayuda para que los padres puedan crear su plan digital<sup>(13)</sup> siendo una herramienta muy útil para utilizar en consulta. Ha sido actualizado en 2022, con grandes cambios:

- Se puede agregar a un mismo plan a todos los miembros de la familia.
- Explicaciones razonadas de por qué las sugerencias que se hacen son importantes y algunos consejos de cómo llevarlas a cabo.
- Se puede compartir e imprimir. Aconsejan dejarlo en un lugar visible como el frigorífico.
- Se puede revisar y cambiar en cualquier momento al quedar almacenado el plan.
- Permite instalar el plan digital familiar en cualquier dispositivo como si fuese una aplicación.

Al entrar en el plan digital familiar se pueden seleccionar propuestas concretas o añadir aquellas que se estimen. Se agrupan en 13 puntos fundamentales: 1) inicio; que nos permite realizar un plan por primera vez, modificar uno existente o acceder a más información si necesitamos ayuda para comenzar; 2) tutorial; 3) mi familia seleccionando la edad de cada miembro que vamos a incluir en el plan; 4) prioridades; 5) equilibrio entre el mundo *on line* y *off line*; 6) comunicación sobre las pantallas y dispositivos; 7) zonas libres de pantallas; 8) momentos libres de tecnología; 9) amabilidad y empatía; 10) privacidad y seguridad digital; 11) elección de contenido; 12) uso compartido de pantallas; 13) revisión e impresión<sup>(13)</sup>.

## Plan digital familiar en la consulta

El plan digital familiar es un documento que pueden elaborar las familias para gestionar el mundo digital en casa. El objetivo, es disminuir el impacto sobre la salud y los riesgos de los dispositivos a cualquier edad.

En la consulta es recomendable que se comente la existencia del plan digital familiar y ponerse a disposición de las familias para aclarar dudas.

En el plan digital se presentan una serie de propuestas basadas en recomendaciones científicas que los progenitores podrán elegir; unas irán clasificadas por edad y otras serán generales para toda la familia. Además, se podrán añadir aquellas que las familias consideren que son importantes para ellas.

La recomendación es, que primero se establezca un diálogo entre los progenitores porque los límites serán para todos. Es importante que los adultos estén de acuerdo en los límites establecidos y se sientan capaces de cumplirlos. La herramienta más poderosa que tienen los padres en su tarea educativa es el ejemplo.

Es una buena idea que se instale un programa de bienestar digital en los dispositivos para analizar el consumo digital y conocer cuál es el punto de partida y se puedan establecer objetivos realistas y analizar los logros alcanzados.

El plan digital es conveniente revisarlo cada cierto tiempo y evaluar qué límites se han cumplido y cuáles han sido más complicados y por qué.

Si no se tenían límites previamente en casa es difícil establecer todos a la vez. En ese caso se recomienda que empiecen por los límites que se consideren más importantes y en cada revisión del plan se vayan añadiendo nuevos ítems hasta alcanzar el objetivo final.

**El “plan digital familiar” supone una revolución en la promoción de la salud digital, porque los padres en vez de ser agentes pasivos se convierten en agentes activos y modelos que los hijos imitarán**

**El plan digital es conveniente revisarlo cada cierto tiempo y evaluar qué límites se han cumplido y cuáles han sido más complicados y por qué.**

## Cambio de paradigma en el abordaje de la salud digital en la consulta del pediatra

El concepto de salud y el plan digital familiar ha supuesto un cambio de paradigma en el abordaje del mundo digital en la consulta del pediatra.

Los mensajes han ido cambiando y se ha pasado del término de nativo digital a la salud digital, transitando por la inmersión digital temprana. Además, en pediatría hubo etapas de informar fundamentalmente de los riesgos sin un impacto importante en los cambios de hábitos en la población.

El término nativo digital genera que los padres se sintieran aún más ajenos a la tecnología al pensar que los hijos saben más de tecnología que ellos y que es su espacio natural. Cuando le damos un dispositivo a un niño no le pedimos que sepa encenderlo, apagarlo o desbloquearlo (uso instrumental) si no que haga un adecuado uso racional. El uso racional implica la privacidad, la gestión de la identidad digital, ser capaces de discernir que contenido es veraz, socializar respetando a los demás y a uno mismo, gestión del tiempo, entre otras. Es decir, los niños aprenden el uso instrumental porque es intuitivo, la mayoría de los dispositivos no traen instrucciones porque no es necesario. Sin embargo, los niños carecen de las herramientas necesarias para hacer un adecuado uso racional, por ello, es esencial que los límites se establezcan y sean supervisados por un adulto que sea capaz de acompañar de una forma respetuosa.

Más tarde el término de “inmersión digital temprana” implicaba a los padres al ser ellos los supervisores, pero olvidan el desarrollo neurológico del niño. El uso instrumental de los dispositivos cambiará según avance la tecnología. En unos años tanto los dispositivos como las aplicaciones más utilizadas serán otras. Por otro lado, los niños no tienen la capacidad de un adecuado uso racional, por tanto, es prescindible que usen la tecnología a corta edad.

En la última década se han publicado múltiples artículos científicos sobre el impacto del mundo digital en la salud a lo largo de la vida. La Academia Americana de Pediatría<sup>(4)</sup> y la Sociedad Canadiense de Pediatría<sup>(5)</sup> recopilaron la evidencia disponible y dieron recomendaciones con puntos comunes:

- Alertaron de los riesgos desde edades tempranas, especialmente en los menores de dos años.
- Explicaron la importancia del juego libre para un adecuado neurodesarrollo y fomentar la interacción con otros niños y adultos.
- Desarrollaron la necesidad de establecer límites digitales según edad en: tiempo de uso, tiempo de desconexión y lugares donde se utilizan los dispositivos.
- Alentaron a los padres a ser el mejor ejemplo para sus hijos en el uso de la tecnología.
- Recomendaron a los pediatras informar tanto de los riesgos como de los beneficios de la tecnología según la edad.

El término de salud digital fue un gran avance, al convertir a los padres en protagonistas de la educación digital de sus hijos y ayudar a establecer límites según la edad, al tener en cuenta el desarrollo del niño.

### Conclusiones

Es necesario la realización de estudios longitudinales y experimentales con poblaciones seleccionadas, que estudien de forma aislada cada variable teniendo en cuenta los factores de riesgo y no sólo el tiempo de uso de los dispositivos. Es necesario que el pediatra conozca y pueda aplicar los conocimientos de salud digital en la consulta. El plan digital familiar es una herramienta de fácil uso y ayuda para las familias.

**El término de salud digital fue un gran avance, al convertir a los padres en protagonistas de la educación digital de sus hijos y ayudar a establecer límites según la edad, al tener en cuenta el desarrollo del niño**

**Son necesarios estudios longitudinales y experimentales con poblaciones seleccionadas, que estudien de forma aislada cada variable teniendo en cuenta los factores de riesgo y no sólo el tiempo de uso de los dispositivos**

## Tablas y figuras

### Tabla I. Preguntas generales sobre el uso digital

1. Tiempo de uso (mayor de 2 horas diarias puede ser criterio de riesgo)
2. Lugares de uso de la tecnología (baño y dormitorio son lugares de riesgo)
3. Existencia de límites en la familia (durante el sueño, en las comidas, cuando hacen actividades juntos en familia)
4. Necesidad de estar conectado
5. Tiempos de desconexión
6. Aplicaciones y redes sociales que usa
7. Número de seguidores en las redes sociales (por encima de 500 se considera de riesgo)
8. Información que buscan en Internet
9. Si ha encontrado información o alguien le ha hecho sentir incómodo

Tabla de elaboración propia.

**Nota:** el tiempo de uso, número de seguidores, aplicaciones y redes sociales que usa, pueden verse en el propio teléfono con autorización de los padres.

## Bibliografía

1. Salmerón Ruiz M.A. Maltrato de la población adolescente a través de las TICS (grooming, sexting, cyberbullying). *Adolescere* 2022; 10(3): 103-110. [Fecha de acceso 22 dic 2022]. Disponible en: [https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-X-n3-2022/2022-n3-103\\_110\\_Taller-MA-Salmeron-Ruiz.pdf](https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-X-n3-2022/2022-n3-103_110_Taller-MA-Salmeron-Ruiz.pdf).
2. Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100. 1946. [Fecha de acceso 22 dic 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
3. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*. 2012; 26. 161-175.
4. American Academy of Pediatrics. Media and Young Minds. *Pediatrics*. 2016;138(5). [Fecha de acceso 22 dic 2022]. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162591>.
5. Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatr Child Health*. 2017 Nov; 22(8): 461-468. [Fecha de acceso 22 dic 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5823000/>.
6. Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. Digital media: Promoting healthy screen use in school-aged children and adolescents. *Paediatr Child Health*. 2019;24(6):402-417 [Fecha de acceso 22 dic 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31528113/>.
7. Abi-Jaoude E, Naylor KT, Pignatiello A. Smartphones, social media use and youth mental health. *CMAJ*. 2020;192(6):136-142. [Fecha de acceso 22 dic 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012622/>.
8. Andrade B, Guadix I, Rial A y Suárez F. UNICEF España. Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades. 2021. [Fecha de acceso 22 dic 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-tecnologia-en-la-adolescencia>.
9. Valkenburg PM, Meier A, Beyens I. Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence. *Curr Opin Psychol*. 2022; 44:58-68. [Fecha de acceso 22 dic 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34563980/>.
10. Marciano L, Ostroumova M, Schulz PJ, Camerini AL. Digital Media Use and Adolescents' Mental Health During the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Public Health*. 2022;1;9:793868. [Fecha de acceso 22 dic 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35186872/>.
11. Stiglic N, Viner RM. Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews. *BMJ Open*. 2019; 3;9(1). [Fecha de acceso 22 dic 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30606703/>.
12. Kaur K, Gurnani B, Nayak S, Deori N, Kaur S, Jethani J, Singh D, Agarkar S, Hussaindeen JR, Sukhija J, Mishra D. Digital Eye Strain- A Comprehensive Review. *Ophthalmol Ther*. 2022;11(5):1655-1680. [Fecha de acceso 22 dic 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9434525/>.
13. American Academy of Pediatrics. Plan para el consumo mediático de su familia. [Fecha de acceso 5 sep 2022]. Disponible en: [www.healthychildren.org/Spanish/media/Paginas/default.aspx](http://www.healthychildren.org/Spanish/media/Paginas/default.aspx).

## PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. Respecto a la epidemiología según la encuesta publicada por UNICEF en 2021, señale la opción FALSA:**
  - a) La mayoría de los adolescentes disponen de teléfono móvil con conexión a Internet.
  - b) La mitad cuenta con una conexión vinculada a un contrato.
  - c) Al menos 1 de cada 4 dispone de datos limitados.
  - d) La edad media de acceso al *smartphone* es 10,96 años.
  - e) El establecimiento de normas y límites se reduce a la mitad en la segunda etapa de ESO.
  
- 2. El mundo digital impacta sobre la salud de los adolescentes. ¿Cuál de las siguientes opciones es FALSA?**
  - a) Los estudios son heterogéneos entre sí con diferentes formas de medir el impacto y con distintos conceptos de qué es la salud y qué es bienestar.
  - b) La mayoría de los estudios son transversales por lo que no se pueden establecer relaciones causa-efecto.
  - c) La metodología más extendida son las encuestas auto informadas por los adolescentes y los resultados pueden estar sesgados.
  - d) La mayoría de las revisiones sistemáticas afirman que es necesario la realización de más estudios.
  - e) Existe evidencia sólida (moderada o fuerte) de que los niveles más altos de tiempo de pantalla se asocian con una variedad de daños a la salud: aumento de la adiposidad, afectación del sueño, la dieta poco saludable, los síntomas depresivos y la baja calidad de vida percibida.
  
- 3. El uso de pantallas electrónicas antes de acostarse afecta al sueño de distintas formas. Indique la opción FALSA:**
  - a) Las pantallas antes de dormir disminuyen la somnolencia nocturna.
  - b) Reducción de la secreción de melatonina.
  - c) Aumenta y retrasa el sueño REM.
  - d) La mera presencia de dispositivos multimedia encendidos en el dormitorio interrumpe el sueño, posiblemente relacionado con la tentación de revisar los dispositivos cuando están presentes o debido a una respuesta condicionada que implica una mayor excitación.
  - e) La falta de sueño por el uso nocturno del teléfono móvil está relacionada en adolescentes con el estado de ánimo depresivo, los comportamientos externalizantes, la disminución de la autoestima y las dificultades en el afrontamiento.
  
- 4. Las pantallas afectan a la salud mental. Indique la opción VERDADERA:**
  - a) Existe evidencia débil en la asociación entre el tiempo de pantalla y los síntomas depresivos.
  - b) Esta asociación es para el tiempo de pantalla y las redes sociales.
  - c) Hay evidencia débil de la asociación del tiempo de pantalla con alteraciones del comportamiento, ansiedad, hiperactividad y falta de atención.
  - d) Hay evidencia clara de una asociación con trastornos alimentarios e ideación suicida.
  - e) Un tiempo de uso mayor de pantalla se asocia con síntomas obsesivos.
  
- 5. Indique la opción FALSA sobre la fatiga visual digital:**
  - a) La fatiga visual digital (FVD) es una entidad que engloba los síntomas visuales y oculares derivados del uso prolongado de pantallas.
  - b) La FVD se caracteriza por ojo seco, picazón, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, visión borrosa y dolor de cabeza.
  - c) Los síntomas extraoculares asociados con la fatiga visual incluyen rigidez con dolor a nivel cervical y lumbar, fatiga general y dolor de cabeza.
  - d) En la etapa adulta la FVD incluye la miopía de reciente aparición y el aumento de la progresión de la miopía existente convirtiéndose en una de las complicaciones de salud ocular más importantes.
  - e) La prevalencia de FVD entre los niños aumentó al 50-60% durante la pandemia.



# Abusos, agresiones y otras formas de maltrato sexual en adolescentes

**F.López Sánchez.** Catedrático de Psicología de la Sexualidad. Área de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Salamanca.

**Fecha de recepción:** 12-12-2022

**Fecha de publicación:** 28-02-2023

Adolescere 2023; XI (1): 47-59

## Resumen

Los abusos y agresiones sexuales a adolescentes son uno de los tipos de maltratos sufridos a esta edad en todo el mundo. No hay una definición ni consenso del maltrato sexual por lo que es difícil medir la importancia epidemiológica. Desde que tenemos estadísticas y datos bien recogidos nos sorprende lo frecuentes que son. Existe preocupación por observar que las cifras van en aumento. Se trata de un problema de salud pública de primera magnitud que afecta a todos los países. La importancia de los maltratos sexuales se debe a las secuelas que dejan a corto y largo plazo. Y cada día se conocen más y mejor. Existe una asociación y causalidad con repercusiones psicológicas y psiquiátricas en la vida adulta. La educación sexual es la mejor medida preventiva, sobre todo en la familia. La escuela es el segundo ambiente de protección donde pasan mucho tiempo los adolescentes. Todos los profesionales sanitarios, docentes o de la administración de justicia estamos implicados en su tratamiento y sobre todo en la prevención. El primer paso es reconocer los hechos objetivamente y después crear ambientes profesionales para su detección y protección de las víctimas, creando confianza y seguridad. Admitir que les creemos y estamos dispuestos ayudarles.

**Palabras clave:** *Adolescencia; Malos tratos; Abuso y Agresiones sexuales.*

## Abstract

Sexual abuse and aggression of adolescents are types of maltreatment suffered at this age worldwide. There is no definition or consensus on sexual maltreatment, so it is difficult to measure the epidemiological significance. Since we have statistics and well-collected data, we are surprised by how frequent they are. There is concern that the numbers are increasing. It is a public health problem of first magnitude that affects all countries. The importance of sexual abuse is due to the short- and long-term consequences. More is known about it every day. There is an association and causality with psychological and psychiatric repercussions in adult life. Sex education is the best preventive measure, especially in the family. School is the second protective environment where adolescents spend a lot of time. All health professionals, teachers or justice administration are involved in their treatment and especially in its prevention. The first step is to objectively recognize the facts and then create professional environments for detection and protection of the victims, creating confidence and safety. We must confirm that we believe them and that we are willing to help them.

**Key words:** *Adolescence; Mistreatment; Abuse and Sexual Aggression.*

# Introducción

No hay consenso internacional sobre el concepto, ni sobre la clasificación de las formas de maltrato. Y aún más confuso si se cambia el término "abuso" por "agresiones"

Pongo este título porque, entre otros problemas, tenemos una terminología confusa.

En primer lugar, la expresión inglesa "sexual abuse" debió traducirse en español como "maltrato sexual", un concepto más preciso y abierto, aunque cambiante, como ya he explicado en otros artículos en esta revista y en libros<sup>(1)</sup>.

En efecto, no hay consenso internacional sobre el concepto, ni sobre la clasificación de las formas de maltrato.

Esto no debe escandalizarnos, por una razón bien simple: cada cultura y cada sociedad, en cada momento histórico, define lo que es adecuado o no en el trato que damos a los menores y señala como maltrato aquellas acciones u omisiones o negligencias que ponen en peligro la vida o el desarrollo adecuado de los menores. Por eso el concepto, las leyes y las prácticas sobre el maltrato infantil han sido y seguirán siendo cambiantes.

El actual gobierno español, aun complica más las cosas, porque cambia la terminología en el código penal dejando de hablar de abusos y definir todos los casos como "agresiones". Con ello, se producen otras dificultades: (a) porque agresión se relaciona más directamente con violencia (aunque se puede generalizar ese uso cuando se hace daño a otra persona); (b) no tienen en cuenta, que solo en torno al 12% usan la violencia, frente a las estrategias de seducción, el engaño, el uso de la confianza educativa, familiar o de amistad; (c) se genera un problema innecesario porque en los trabajos científicos se seguirán usando dos terminologías: abusos sexuales y maltratos sexuales, no agresiones; d) se olvida o desconoce o no se comprende que la mayoría de maltratadores sexuales no usan la violencia, olvidando la motivación sexual, con lo que las intervenciones se pervierten. No es lo mismo hablar de una relación objetiva asimétrica de poder (entre una persona adulta y un menor) que una motivación de poder. Lo que la mayoría de los abusadores desearían es que los menores aceptaran a los seductores de buen grado y que la infancia estuviera hipersexualizada; (e) ha existido el patriarcado y existe el machismo, pero no se pueden explicar los delitos contra la libertad sexual con estas dos palabras. ¿Cómo explicar que entre el 13% y el 19% de los varones hayan sido abusados por mujeres, normalmente sin usar violencia? ¿Y cómo explicar que en la adolescencia los varones abusan y agreden más que las adolescentes, pero cada vez hay más chicas adolescentes que abusan de otras chicas y de no pocos chicos?

Es más apropiado hablar de malos tratos que comprenden en sí mismos los abusos y las agresiones sexuales

Mejor hablar de maltratos sexuales (que es un concepto más apropiado y que incluye otras formas de maltrato sexual) y de estrategias o medios de los que se sirven los hombres y las mujeres; la violencia es un medio, no un fin, salvo en personas parafilicas. Hombres y mujeres deben ser dueños de su deseo (motivación sexual) y no servirse de unos u otros medios para maltratar sexualmente.

## Concepto maltrato

Por nuestra parte<sup>(1)</sup>, creemos que para trabajar con la infancia conviene manejar a la vez dos enfoques complementarios, el modelo de deficiencia y el modelo de bienestar.

**El modelo de deficiencia** focaliza la conducta del maltratador y los daños o carencias sufridos por los menores. Este modelo es útil, porque señala el maltratador y el daño producido, facilitando la toma de decisiones legales y si los responsables de los menores pueden mantener la tutela o no.

**El segundo modelo parte del concepto de bienestar<sup>(2)</sup>** como derecho del menor. Define el maltrato como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores puedan ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Las ventajas de este modelo son evidentes porque toma como referencia el bienestar infantil, no solo limitándose a situaciones de maltrato extremas (como ocurre de hecho casi siempre), reconoce que también puede haber maltrato institucional e incluso social y obliga a hacer intervenciones, no solo orientadas a evitar el maltrato, sino a conseguir el buen trato posterior.

Por ello, a la vez que mantenemos el enfoque penal, creemos que hay que introducir una nueva manera de pensar y una forma distinta de enfocar la protección de la infancia: es la perspectiva del "BUENTRATO", de los "CUIDADOS" de la infancia<sup>(1,2)</sup>.

## Necesidad de nueva tipología: maltratos sexuales<sup>(1)</sup>

Los abusos sexuales son una forma de maltrato sexual; pero hay otros maltratos sexuales que deben figurar como tales en el código penal y en las tipologías con las que trabajan los profesionales, **porque afectan a la vida sexual y amorosa de las personas, especialmente, aunque no solo, a partir de la adolescencia.**

### ¿Cuántas formas de maltrato sexual hay?

- **Las mutilaciones y daños físicos en órganos de claro significado sexual.** Son un atentado contra la propiedad del cuerpo, amenazando la vida sexual y amorosa de por vida. Por supuesto, también son un maltrato físico y emocional.
- **Los matrimonios concertados con menores.** Son un atentado contra la libertad de elección y condicionan la vida sexual y amorosa.
- **Abusar sexualmente de un menor que no consiente o no tiene la edad de consentimiento.**

Las formas de abuso y las estrategias de los abusadores son muy diversas (servirse de la confianza familiar, la amistad familiar o de vecindad, la autoridad educativa, la sorpresa, el engaño, etc.) incluyendo acciones a través de internet como el *sexting* y el *grooming*, entre otras.

- **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 y formas de intervención son muy distintas.

- **No aceptar 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.

- **No aceptar la homosexualidad o la bisexualidad** en la infancia o la adolescencia es una forma grave de maltrato sexual y amoroso.

- **La negación a las personas con discapacidad de la educación sexual y los derechos sexuales,** que podrían hacer efectivos si recibieran las ayudas necesarias<sup>(4)</sup>.

El principio de la integración y mayor normalización posible de las personas con discapacidad también debe extenderse al campo sexual, afectivo y amoroso.

- **Las diferentes formas de negligencia sexual,** como no ofrecer protección, información y educación adecuada en la familia y escuela.

Entiendo que todas estas formas deberían introducirse como delitos contra la libertad sexual en el código penal, porque dificultan o dañan la biografía sexual y amorosa de las personas. Figuran como delitos en otras leyes o en el maltrato físico (las mutilaciones), pero su significado y consecuencias son sexuales: delitos contra la libertad sexual y amorosa.

**No aceptar la homosexualidad o la bisexualidad en la infancia o la adolescencia es una forma grave de maltrato sexual y amoroso**

## Epidemiología de los maltratos sexuales a menores adolescentes y los cometidos por adolescentes

Separar el tema de los abusos en la adolescencia de los del resto de la infancia es científicamente discutible, porque los maltratos sexuales se repiten en casi la mitad de las víctimas<sup>(1,3)</sup>, entre 2 y más de 25 veces. Por eso es necesaria una historia de cada caso, desde la primera infancia. Además, la primera adolescencia está más relacionada con la pubertad y la segunda con la primera juventud. ¿Dónde acaba hoy día la adolescencia? Nuestros gobiernos han ubicado la edad de consentimiento sexual a los 16 años y la OMS alarga la adolescencia hasta los 20.

## Tema de revisión

Abusos, agresiones y otras formas de maltrato sexual en adolescentes

a) Los datos sobre **incidencia** (casos registrados por las administraciones públicas) son más indicativos de la conciencia ciudadana y de cómo funcionan los profesionales y servicios sociales de un país que del número de casos reales que se hayan dado, porque la mayor parte de los casos de abusos no son denunciados.

Me referiré únicamente a las víctimas de los llamados “abusos sexuales a menores”<sup>(1)</sup>, para una visión más amplia de todos los maltratos sexuales a menores, que es lo que se me pide en este texto.

Los datos de incidencia no dejan de aumentar en España, reflejando que hay más conciencia social para denunciar, mejor detección por los profesionales (buenas noticias) y, muy posiblemente, un aumento real de la frecuencia de abusos y agresiones (noticia muy inquietante), especialmente sufridos y cometidos entre adolescentes, como comentamos enseguida.

Además, un número cada vez mayor de denuncias son archivadas, porque sus autores son menores de 14 años y no tienen la edad penal.

La Fiscalía publica datos actualizados cada año<sup>(4)</sup>. (Tabla I).

Y ello, en un contexto en el que no dejan de aumentar las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

Unos datos asistenciales de estos mismos días (Hospital del Valle Hebrón), dados por el equipo EMMA, son bien ilustrativos. Desde noviembre de 2021 a noviembre de 2022, han atendido 349 casos de abusos sexuales, 24 más que el año anterior. Con una edad tipo, de 13 años; 87% mujeres y 13% hombres. El 34% tenían entre 8 y 12 años<sup>(5)</sup>.

Los abusadores y agresores eran, sobre todo, padres, primos y conocidos y, cada vez más menores de edad, incluso por debajo de 14 años. Por otra parte, aunque la mayoría son varones, no son pocas las mujeres, especialmente durante la adolescencia.

Y eso que la incidencia está muy lejos de la frecuencia real.

b) **La prevalencia** de los abusos es muy elevada en todos los países estudiados en este caso, con muestras representativas de la población. De forma que podemos asegurar, con carácter general, lo siguiente:

- En torno al **10-15% de los menores varones y al 20-25% de las menores mujeres han sufrido abusos**<sup>(3,1)</sup>.
- Los abusos sexuales son más frecuentes en las niñas que en los niños. Pero **en ambos sexos la prevalencia es alta**. Esto se debe a que la mayor parte de los maltratadores sexuales son varones y la mayor parte de varones son heterosexuales. Lógicamente las víctimas no suelen saber la orientación del deseo de los abusadores o agresores, por lo que no preguntamos este dato. Claro que hay bastantes abusadores y agresores que, al menos con los menores, tienen conductas bisexuales: abusan de niños y niñas.
- **Abusan y agreden más hombres que mujeres**, aunque cada vez tenemos más datos sobre el aumento de mujeres abusadoras. Éstas recurren raramente a la violencia.

Por lo que hace relación específicamente a la población española, en el estudio que realizamos ya en el año 1994, con una muestra nacional representativa (con un estudio piloto en Madrid y Salamanca de N 300 sujetos) con 2.000 sujetos entrevistados, entre 18 y 60 años, estratificados por sexo, grupos de edad y autonomías<sup>(3)</sup>, la congruencia entre los datos encontrados en España y en otros países es muy grande<sup>(1)</sup>.

La diferencia más importante está en el número de casos de abusos sufridos por los varones españoles (15% en nuestro país, frente al 10% en otros países), porque en nuestra muestra incluimos sujetos hasta los 16 años incluidos y porque muchos varones pasaron buena parte de su infancia en colegios e internados de religiosos (las religiosas no tuvieron este problema). En este sentido, es significativo que el 9% de los varones que habían sufrido abusos, declaren que su abusador fue un clérigo. No es una muestra representativa del clero, pero ya en 1994 detectamos este grave problema de la iglesia, al estudiar una muestra nacional de adultos. En todo

Un número cada vez mayor de denuncias son archivadas, porque sus autores son menores de 14 años y no tienen la edad penal

Los abusadores y agresores eran, sobre todo, padres, primos y conocidos y, cada vez más menores de edad, incluso por debajo de 14 años

En torno al 10-15% de los menores varones y al 20-25% de las menores mujeres han sufrido abusos

caso, se trata de un problema nacional, no de un colectivo concreto. Pero la iglesia ha guardado silencio durante décadas, a pesar de haber publicado la investigación en un libro, artículos en inglés y en español, a la vez que dado numerosos cursos y conferencias.

- En el caso de las mujeres abusadoras, en nuestra investigación, la proporción es también elevada (19% en el caso de los varones que fueron víctimas)<sup>(3)</sup>, coincidiendo con las investigaciones más recientes. En efecto, en otras investigaciones internacionales<sup>(6)</sup> existe también un porcentaje relativamente importante de mujeres (entre el 13 y 16%) que cometieron abusos con varones.

Y hay más novedades. En las investigaciones actuales se destaca que **las mujeres más jóvenes cometen más abusos que las adultas**, como veremos enseguida en los estudios centrados en la adolescencia.

Por tanto, diferentes balances de las pocas investigaciones en España<sup>(1,3,7,8)</sup> consideran, en concordancia con las investigaciones hechas en países occidentales avanzados<sup>(9)</sup> que aproximadamente entre el 20% y 25% de mujeres y entre el 10% y 15% de hombres dicen haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia.

Cuatro tesis doctorales dirigidas por mí sobre la prevalencia de los abusos sexuales, en la Comunidad de Murcia, Portugal, Brasil y Nicaragua, confirman la gravedad de los datos.

Si es preocupante que los abusos se den con tanta frecuencia, no lo es menos que se repitan casi en la mitad de los casos<sup>(3)</sup>. La repetición del abuso aumenta la posibilidad de que los efectos sean más graves, porque es más probable que la víctima se sienta culpable por no haber evitado su repetición y porque las relaciones más continuadas entre abusador-víctima pueden entrañar otros factores de riesgo. Limitándonos a datos sobre nuestro país, el 55,8% de los casos de abuso ocurrieron sólo una vez, pero el 44,2% se repitieron entre 2 y 25 veces<sup>(4)</sup>.

El objetivo preventivo de evitar que se repitan es más realista que el más deseable, el cual, obviamente, es evitar todos los abusos y agresiones.

### c) Prevalencia en adolescencia

En el caso de España, las víctimas se dan en todas las edades, pero se concentra especialmente en la pubertad y primera adolescencia. (Tabla II)<sup>(3)</sup>.

Estos datos son imprecisos por dos motivos. En primer lugar, han pasado varias décadas y hoy sabemos, aunque sea con muestras de población más pequeñas, que han aumentado los abusos y agresiones entre los adolescentes. En segundo lugar, la edad de los agresores no es bien conocida, porque las víctimas no podían precisarla en muchos casos, ya que se basan en recuerdos de personas entre 18 y 60 años.

En 1994, la mayoría de los abusadores y agresores estaban entre los 20 y 50 años. Hoy podemos decir que si ya era grave el problema de los abusos y agresiones en la primera infancia, en las últimas décadas, hemos sospechado primero, y confirmado después, que **este problema tiene una especificidad en la adolescencia, tanto desde el punto de vista de las víctimas, como de los agresores**: están aumentando las víctimas entre adolescentes y también los agresores y abusadoras (aunque éstas usan menos la violencia).

Los estudios internacionales<sup>(10)</sup>, reflejan claramente la problemática nueva sobre la coerción sexual (un vocabulario alternativo usado en investigación también) entre adolescentes. Estos estudios, entendiendo por coerción, forzar el deseo sexual de otra persona, señalan que el 16% de varones y el 5% de mujeres llegan a ejercer la coerción.

En un estudio español<sup>(11)</sup> con una muestra de 1.242 adolescentes entre 15 y 19 años, el 48% de los chicos y el 27% de las chicas han ejercido algún tipo de coerción y han sufrido abusos o agresiones: 37% de chicos y 47% de chicas. (Tabla III).

Algunas investigaciones internacionales recientes, con grandes muestras de adolescentes, en los países nórdicos, y particularmente Estados Unidos<sup>(12)</sup>, encienden nuevas alarmas que veníamos anunciando<sup>(1)</sup>. Concluyen:

Las mujeres más jóvenes cometen más abusos que las adultas

Si es preocupante que los abusos se den con tanta frecuencia, no lo es menos que se repitan casi en la mitad de los casos. La víctima se siente más culpable

## Tema de revisión

Abusos, agresiones y otras formas de maltrato sexual en adolescentes

Los abusos aumentan a medida que los adolescentes tienen más edad (10-13 años menos abusos y agresiones que con 14-17 años)

Los malos usos de la libertad, por falta de ética sexual y amorosa, se están extendiendo en nuestra sociedad, también en la adolescencia, mucho más entre chicos, pero también entre las chicas

Factores protectores: adecuada educación sexual y ética; la mayor conciencia de riesgo; las habilidades para decir sí o no; la autoestima sexual y personal; la promoción de la empatía y la ética; tener amistades responsables, etc.

- Las chicas los sufren en el 88,4% por chicos abusadores o agresores; y el 11,6% por otra chica.
- Los chicos los sufren por parte de otro chico en el 45,5% de los casos y en el 54,4% por parte de una chica.
- Las estrategias que estudian estos autores son la “presión”, la “sorpresa” (que en algunos casos puede llegar a la violencia, sobre todo en el caso de los chicos) y la manipulación.
- Los abusos aumentan a medida que los adolescentes tienen más edad (10-13 años menos abusos y agresiones que con 14-17 años).

En definitiva, los malos usos de la libertad, por falta de ética sexual y amorosa, se están extendiendo en nuestra sociedad, también en la adolescencia, mucho más entre chicos, pero también entre las chicas.

### d) ¿Cuáles son las posibles causas?

**Con carácter general**, entre otras, las siguientes: numerosas familias, escuelas y profesionales de la infancia que guardan silencio; la sociedad liberal de mercado, aunque no conozcamos mejor alternativa, ha convertido la sexualidad en un nuevo producto de consumo; los nuevos mitos sobre la sexualidad (la necesidad sexual es como el comer, el placer es lo mismo que la felicidad, hay que experimentar todo, la actividad sexual es condición necesaria a la salud<sup>(4)</sup>, etc.).

**En el caso de los adolescentes, en concreto**, el ocio está asociado al botellón; no pocas familias han perdido el control educativo de sus hijos en relación con los horarios y sus formas de ocio; el acceso a la pornografía desde muy temprana edad; no reciben adecuada educación sexual; los que tienen actividad sexual lo hacen de forma furtiva; hay más prácticas de riesgo impuestas a la pareja; la falta de una ética en las relaciones sexuales y amorosas.

Todo ello, en un **contexto** de hechos bien conocido: aumento de embarazos no deseados, infecciones transmitidas sexualmente y aumento de abusos y violencia entre adolescentes.

Hemos pasado de la moral represiva a la ausencia de ética sexual y amorosa y a la obligación o presión para tener actividad sexual<sup>(13,14)</sup>, olvidando que entre la represión y la obligación está la libertad, la libertad de cada persona, la propiedad de su cuerpo, su sexualidad y su intimidad.

Hemos logrado una gran libertad que no debemos perder, pero si no educamos para la libertad, también con ética sexual y amorosa (ética, el consentimiento, la igualdad, la salud, el placer compartido, la lealtad, las diversidades, los cuidados y la vinculación y desvinculación) dejamos a los adolescentes desorientados y, algunos de ellos no solo cometen delitos contra los demás sino que llegan a tener conductas autodestructivas.

No somos pesimistas, la mayoría de los adolescentes viven este periodo como una crisis evolutiva que superan, pero no son pocos los que hacen daño a los demás y enlazan con una juventud y vida adulta, como si fueran adolescentes.

Las familias, las escuelas y los sanitarios tienen que ofrecer una información y educación adecuada, con una visión positiva de la sexualidad, los afectos y la ética sexual y amorosa.

La adecuada educación sexual y ética; la mayor conciencia de riesgo; las habilidades para decir sí o no; la autoestima sexual y personal; la promoción de la empatía y la ética; tener amistades responsables, etc., están entre los factores protectores.

## Los efectos de los abusos y agresiones

Los efectos de los abusos sexuales son muy variables, dependiendo de varios factores; el tipo de abuso o agresión, su repetición y frecuencia, la edad del agresor y la víctima, el tipo de relación entre ambos (mayor gravedad en el caso del incesto y los abusos por una persona con autoridad moral), la duración de la agresión, la frecuencia de la agresión, la personalidad del niño agredido y muy particularmente su estilo de apego, la reacción del entorno y las ayudas de profesionales que reciba, etc.

De todos los menores que sufren abusos sexuales, entre el 60% y el 80% se ven afectados a **corto plazo** en diferente grado<sup>(1)</sup>. Entre un 20% y 30% consiguen continuar su vida cotidiana sin cambios significativos después del abuso. Entre el 15% y 30% manifiestan síntomas clínicos importantes que pueden llegar a ser traumáticos o lesiones que deben ser valoradas lo más pronto posible por un forense. No se puede olvidar que algunas víctimas son asesinadas.

El resto tiene síntomas menores de uno u otro tipo: lloros, tristeza, ansiedad, hostilidad hacia la persona abusadora, dificultades para dormir, falta de concentración, rechazos a ir al colegio o salir de casa, aislamiento, cambios bruscos en el humor y determinadas conductas o hábitos.

Los **efectos a largo plazo**<sup>(1,15,16)</sup> son más difíciles de estudiar por la influencia de otra serie de factores relacionados o no con los propios abusos sexuales.

La depresión es la patología más claramente correlacionada con los abusos sexuales. Quienes los sufrieron durante la infancia es más probable que tengan depresiones durante la vida adulta.

Las ideas de suicidio, los intentos de suicidio y los suicidios llevados a cabo, también son más probables en quienes han sido víctimas de abusos sexuales.

Los abusos sexuales provocan también sentimientos de estigmatización, aislamiento y marginalidad, que disminuyen la autoestima de quienes los sufrieron.

Ansiedad, tensión y dificultades en los hábitos de comida, están asociados también con mayor frecuencia al hecho de haber sufrido abusos sexuales.

Falta de concentración, bajo rendimiento escolar, huidas de casa, conducta antisocial, embarazo no deseado, etc.

En las relaciones sociales es también más probable que la víctima sienta desconfianza u hostilidad hacia las personas del mismo sexo que el agresor.

Las víctimas de abusos sexuales en la infancia están también más predispuestas a sufrir abusos o agresiones sexuales cuando son adultas, tendencia a una mayor "revictimación".

Otra serie de efectos, como los relacionados con la sexualidad (dificultades para relajarse, anorgasmia, promiscuidad, explotación sexual, etc.), correlacionan con el hecho de haber sufrido abusos.

Una de las relaciones mejor establecidas son las encontradas entre el estilo del apego de la víctima, y los efectos del abuso. El apego seguro es un factor poderoso que genera resiliencia frente al abuso y la mayor probabilidad de no tener efectos a largo plazo.

Varios **comentarios** son necesarios en relación con los efectos descritos:

- a) Estas correlaciones no confirman relaciones de causa-efecto, sino asociaciones por causas muy diversas. Solo una historia clínica puede permitirnos, en algunos casos, establecer una clara relación causa—efecto en un caso individual. Las correlaciones y factores estudiados con grandes muestras son evidentes, pero si los aplicamos sin más a una persona concreta, podemos cometer grandes errores.
- b) Especialmente importante es evitar **errores teóricos y prácticos**<sup>(1)</sup>, muy extendidos, entre los que citamos los siguientes: todas las víctimas de abusos sufren efectos graves de por vida (profecía negativa), cuando los efectos a largo plazo suelen ser inexistentes o muy variables; todas víctimas de abusos necesitan terapia (práctica muy inadecuada), cuando lo cierto es que la mayoría no necesitan terapia; quienes abusan sexualmente de menores no se curan nunca, cuando lo cierto es que algunos, en un extremo, los cometen una sola vez, mientras otros no dejan de hacerlo nunca; las penas de cárcel y las terapias no son eficaces con los abusadores y agresores sexuales, cuando lo cierto es que un número importante no reinciden, aunque efectivamente hay también un número reducido que no se curan jamás; las personas con una historia de abusos pueden tender a pensar que los problemas que sufren a lo largo de la vida se deben al hecho de haber sido víctimas de abusos. Esta interpretación puede ser cierta o estar influida justo por algunos de los errores señalados anteriormente, tan repetidos por parte de la prensa y algunos profesionales mal formados.

Las víctimas de abusos sexuales en la infancia están también más predispuestas a sufrir abusos o agresiones sexuales cuando son adultas

El apego seguro es un factor poderoso que genera resiliencia frente al abuso y la mayor probabilidad de no tener efectos a largo plazo

# Implicaciones para la práctica<sup>(1,15,16)</sup>

## En relación con el concepto

**Los abusos sexuales son un grave delito contra la libertad del menor, la propiedad de su cuerpo y su intimidad sexual**

Los abusos sexuales son un grave delito contra la libertad del menor, la propiedad de su cuerpo y su intimidad sexual porque: hay asimetría de edad o asimetría de poder, o ambas, una asimetría de desarrollo sexual en el caso de que la víctima sea pre-puber y el agresor post-puber que implican diferentes formas de vivir la sexualidad, una asimetría de finalidad o propósito de la conducta, las estrategias usadas por el abusador suelen servirse de la relación familiar o educativa, la confianza previa, la sorpresa, el engaño manipulador, el soborno, las amenazas, etc. En el caso de los abusadores adolescentes las estrategias más usadas son la presión, la sorpresa (que puede llegar a incluir el empleo de la violencia) y las manipulaciones.

Pero es inadecuado el concepto centrado en señalar aspectos negativos de la actividad sexual como “es una conducta muy sucia, asquerosa, repugnante, etc.”, porque puede agravar o generalizar los efectos. La actitud de sexofobia en la víctima, la familia, la sociedad o en los terapeutas pueden agrandar y hacer perdurar los efectos de los abusos sexuales.

Desde el punto de vista penal, la responsabilidad de los abusadores o agresores empieza a los 14 años. Mientras los menores de 16 años, aunque consientan, se consideran víctimas, salvo que tengan edad o madurez semejante a su pareja.

## En relación con la prevención

**El mejor contexto para la prevención de los abusos sexuales es el de la educación sexual familiar y escolar**

El mejor contexto para la prevención de los abusos sexuales es el de la educación sexual familiar y escolar. Los menores deben aceptar y conocer su cuerpo y su anatomía sexual, tener una visión positiva de la sexualidad, antes de hablarles de los abusos y agresiones sexuales.

Somos contrarios a los programas de prevención de abusos sexuales aislados o hechos desde un modelo de educación sexual centrado en los riesgos, que fomenten la idea de que la sexualidad es peligrosa. El peligro son los malos usos de la libertad, no la libertad con ética.

Por eso es necesario dar una visión positiva de la sexualidad humana, hacer educación sexual desde un modelo “biográfico y ético” que eduque para la autonomía responsable, con una propuesta de ética de las relaciones sexuales y amorosas. En la familia tienen lugar valores particulares y religiosos, si fuera el caso, con el único límite de los Derechos Humanos. En la escuela, la referencia deben ser valores universales y los Derechos Humanos, en una sociedad democrática diversa, no confesional<sup>(1,14)</sup>.

La intervención educativa debe hacerse también con los padres, llamados a colaborar, conocer el programa escolar y apoyar a los educadores. La familia es el agente de educación sexual más importante. No se puede hacer educación sexual sin los padres, ni contra los padres<sup>(13,14)</sup>.

La prevención no podrá evitar todos los casos, pero sí que las víctimas puedan saber lo que les está pasando, tengan conocimientos y vocabulario para comunicarlo y aprendan a buscar ayuda. Es vital y posible evitar que sufran los abusos más de una vez. Un ejemplo sobre la importancia de poner el énfasis en la prevención<sup>(3)</sup>:

No es fácil tener éxito en la prevención y erradicación de este problema, que es el objetivo de la prevención, pero podríamos mejorar mucho si consiguiéramos que se denunciaran los abusos la primera vez que un menor los sufre. Me explico con datos y razonamientos para la formación de profesionales y familias.

### Datos:

- En torno al 10% de los niños y 20% de niñas sufren abusos.
- Cerca del 50% de víctimas los sufren varias veces, con frecuencia por parte del mismo abusador.
- El 70% de los menores lo comunican a alguien; preferentemente a un amigo o amiga y a la madre. Pero amistades y familiares le guardan el secreto con frecuencia.
- Los abusadores suelen cometer el primer abuso siendo menores de edad, en el 50 o 60% de los casos.

**Los abusadores suelen cometer el primer abuso siendo menores de edad, en el 50 o 60% de los casos**



## Sería eficaz porque podríamos:

- Conseguir que los menores, si no han podido evitar el abuso (que sería lo ideal), con prevención familiar y escolar, sepan qué es el abuso, que les creeremos y evitaremos que se repitan.
- Enseñar a los menores que ocultarlo es un mal secreto y que deben buscar ayuda. Mejoraríamos el ya buen dato del 70% de los que ya lo dicen a alguien.
- Amistades y familiares podemos concienciarles, con prevención familiar y escolar, de la importancia de romper el secreto y denunciarlos. Aumentarían las denuncias.

## Ventajas:

- Conseguiríamos que muchos menores buscaran ayuda la primera vez que los sufren.
- Los efectos de los abusos suelen ser menos graves si no se repiten.
- La superación de los efectos tendría mejor pronóstico.
- Frenaríamos a los abusadores antes, evitando muchos abusos repetidos o nuevos.
- Los abusadores menores de edad tienen mejor pronóstico y mejores condiciones de terapia, porque no van a la cárcel. No le permitamos reforzar ese aprendizaje con nuevos abusos.
- Los abusadores que solo los han cometido una vez tienen mejor pronóstico.
- Habría más conciencia social, más denuncias y, finalmente, menos abusos.

Enseñar a los menores que ocultarlo es un mal secreto y que deben buscar ayuda

## ¿Qué puede hacer especialmente un pediatra y un médico generalista?

- a) Pueden **ofrecer ciertas informaciones fundamentales a padres y menores en las consultas pediátricas** establecidas, creando un espacio para que se pueda preguntar y hablar de esta dimensión humana. Para ello, en el caso de los adolescentes, se indica a los familiares que permitan al médico estar con el menor solos en la consulta, al menos durante una parte de ella.

La familia, a través del sistema de cuidados adecuados<sup>(2,16)</sup> puede conseguir un apego seguro en sus hijos e hijas que es un factor de protección frente a los abusos, facilitar la detección, hacer la denuncia, creerles, apoyarles, buscar ayuda si la necesitan, acompañarles en el juicio, etc. La reacción de las familias debe ser de menos alarma, sin mitos y falsas creencias, y más eficacia<sup>(1)</sup>.

Y si su hijo o hija ha sido quien ha abusado deben ayudar a que lo reconozca y no a negarlo, buscar ayuda para que no lo vuelva a hacer y aceptar las consecuencias. A la vez, hacerle ver la gravedad de los hechos y dejarle claro que seguirán siendo incondicionales.

- b) Los pediatras pueden involucrarse, por sí mismos o en acciones interdisciplinarias, en **programas de prevención en el marco de la educación sexual y ética sexual y amorosa<sup>(17,1)</sup>, formación de padres, educadores y menores en el campo de la sexualidad<sup>(1)</sup>**. Por ejemplo, pueden colaborar con los educadores en las escuelas, especialmente en los centros educativos que están en su población o distrito sanitario. La escuela es la institución más universal en relación con la infancia, lugar por el que pasan todos los menores durante muchos años, y, por ello, además de los educadores, tiene sentido que otros profesionales colaboren de alguna forma en estos centros. En este caso, pueden distribuirse los contenidos con los otros profesionales, según su formación, y aprovechar para indicar a padres y menores que pueden consultarles sobre temas como la sexualidad y otros campos de la salud.
- c) Pueden colaborar en la **creación de consultas y prestación de servicios. Por ejemplo, consultas específicas para adolescentes.**

En las consultas o revisiones deben tener en cuenta los posibles problemas relacionados con la sexualidad, sin olvidar los posibles indicadores de abusos sexuales, y crear un espacio confidencial en la entrevista clínica para que puedan hablar de éstos y otros as-

Los pediatras pueden involucrarse, por sí mismos en acciones interdisciplinarias, en programas de prevención en el marco de la educación sexual y ética sexual y amorosa, formación de padres, educadores y menores en el campo de la sexualidad

pectos de la sexualidad: incluir, en la parte de la entrevista clínica que se considere más conveniente (cuando se haya logrado un cierto clima de confianza) preguntas abiertas que faciliten la aclaración de dudas, la detección de posibles casos de abusos sexuales y otras formas de maltrato general y sexual.

- d) Especialmente importante es **detectar posibles problemas de abusos o prácticas sexuales de riesgo**.

En relación con los abusos hay que tener en cuenta los indicadores forenses de posible abuso<sup>(1)</sup>, a la vez que se debe abrir un espacio para hacer preguntas como: ¿Hay algo que te preocupe en relación con tu sexualidad?, ¿Alguna vez has tenido alguna experiencia negativa que quieras comentarme para que te ayudemos?, ¿Alguien te ha pedido por internet cosas o fotos comprometidas?

Si existe la sospecha de abusos por parte de los padres, educadores o el pediatra, se le puede establecer un sistema de observación, vigilancia (por parte de los padres y educadores), hacer controles médicos periódicos y hacer preguntas más directas como: ¿Alguien te ha hecho o hace daño, te pide o exige cosas que tú no quieres, te dice que guardes un secreto entre los dos, y te amenaza?

- e) **No se puede olvidar la obligación de denunciar** los abusos y otras formas de maltrato sexual.

- f) Primera respuesta. En el caso de que el abuso sea comunicado por el menor o detectado por el pediatra, aconsejamos: creer al menor, reaccionar con empatía, asegurarle que será protegido, comunicarlo inmediatamente a los padres si no están implicados o denunciarlo directamente (según los recursos más eficaces) al juez de guardia, la fiscalía o la policía, si la familia no es protectora o el abusador es un familiar que convive con el menor abusado y pedir inmediatamente un examen forense, si no han pasado 72 horas desde el último episodio de abuso.

- g) **Cumpliríamos con nuestro deber social y profesional**.

Este objetivo “que las víctimas lo denuncien y los afronten la primera vez, que las amistades, familiares u otras personas los denuncien y que consigamos parar a los abusadores la primera vez” es un objetivo que podemos alcanzar en muchos casos.

Las víctimas, las familias, los amigos y amigas de las víctimas, quienes trabajan con la infancia y puedan conocer este secreto deben romperlo, para que la víctima empiece un afrontamiento eficaz cuanto antes, no se repitan los abusos y paremos a los abusadores. Es un deber con las víctimas y con los otros menores que podrían serlo en el futuro, si no les detenemos la primera vez.

## En relación con la detección<sup>(1)</sup>

La mayor parte de los abusos son conocidos por alguna persona, una amiga o amigo y la madre, preferentemente, pero solo una pequeña parte de casos son denunciados. ¿Qué podemos hacer para detectarlos mejor?

**Programas de prevención** que formen a los padres, educadores, médicos de familia, psiquiatras y psicólogos infantiles, pediatras, ginecólogos y forenses. Los padres y educadores son los que pasan más tiempo con los menores y pueden observar cambios bruscos que resultan inexplicables en ellos.

Programas de prevención a los menores, en el marco de la educación sexual para que adquieran conocimientos, un vocabulario básico y un claro concepto de lo que es un abuso sexual. También a distinguir entre un buen secreto (no implica peligro alguno) y un mal secreto (abusos sexuales y otras formas de maltrato) que deben llevarles a pedir ayuda. Especialmente importante es que la madre y la familia, los amigos y amigas no guarden este mal secreto y busquen ayuda y los denuncien.

Como los síntomas no siempre son específicos, **es más útil que padres y educadores aprendan a observar “cambios bruscos” en hijos y alumnos**; se les puede preguntar en situación

**Nunca olvidar la obligación de denunciar los abusos y otras formas de maltrato sexual**

**Es útil que padres y educadores aprendan a observar “cambios bruscos” en los hijos y alumnos e investigar**

apropiada y en un clima de confianza por la razón de ese cambio. Si no responde se le pueden hacer preguntas similares a ésta: “Te veo cambiada, tú no eres así, si alguien te ha hecho o te está haciendo daño, si te dice que no lo digas o te amenaza; de verdad, te vamos a creer y ayudar. Estamos para ayudarte”.

Los profesionales que, por razones de salud u otras, entrevistan a los menores deben incluir, avanzada la entrevista, esta temática, abrir la puerta a los sufrimientos causados por otras personas. Una pregunta similar a esta puede servir: “A veces los adultos, jóvenes y adolescentes, también los de tu edad, os hacen daño. ¿Ha habido alguien que te haya hecho o te esté haciendo daño, que te haga pasarlo mal, que además te dice que no te chives, que le guardes el secreto, o incluso te amenaza?” Si la respuesta es “no”, puede cerrarse el tema diciendo: “Me alegro; pero si te pasara, tienes que saber que te vamos a creer, te vamos a proteger para que no vuelva a ocurrir y te vamos a ayudar. Puedes llamarme, aquí estaremos siempre para ayudarte”.

**Los médicos y forenses deben conocer los indicadores corporales de posibles formas de maltrato**, observando e interrogando de manera apropiada a los menores.

Entre los síntomas más relacionados con posibles abusos está la “precocidad sexual”, la obsesión por los temas sexuales, abusar sexualmente de otros menores, etc. Pero estos y otros síntomas no son fáciles de manejar y precisar, en bastantes casos.

Un ejemplo de precocidad sexual: los padres de un niño de 3 años y una niña de 5 me cuentan que un domingo por la mañana cuando se levantaron encontraron que su hija estaba acariciando con la boca el pene del hermano. Lo había aprendido a hacer en la guardería.

Un falso ejemplo de precocidad sexual: una maestra me llama porque una niña de 3 años se masturba en clase con frecuencia y sospecha que esté sufriendo abusos. Es el único dato que aporta.

**Los médicos y forenses deben conocer los indicadores corporales de posibles formas de maltrato: precocidad sexual, obsesión por temas sexuales...**

## La denuncia

Todos los casos de abusos sexuales deben ser denunciados por numerosas razones. Entre ellas destacamos: para evitar que se repitan, proteger a la víctima para detener a los abusadores para dar un mensaje claro a la víctima (tú no eres culpable, la justicia, los profesionales y la familia -salvo que sea un familiar el abusador- estamos de tu lado) y para que la víctima no tenga miedo, ni sensación de impunidad.

Ejemplo lamentable: una hija de 6 años, cuenta a su madre que su primo de 17 ha intentado meter el “pito” en su “rajita”. La madre se alarma, pero guarda el secreto y no hace nada.

## El juicio

En los últimos años han mejorado mucho estos procesos judiciales, para evitar nuevos sufrimientos al menor. Aunque aún faltan cosas por mejorar (los interrogatorios repetidos una y otra vez, el vocabulario y vestimenta de los jueces y abogados, el retraso en los juicios, las malas prácticas de jueces, abogados y peritos “de parte” – en lugar de ayudar a decidir a los jueces-, etc.). La sentencia no debiera acabar nunca con la frase “es inocente”, sino con otras fórmulas, si fuera el caso, como “no se han encontrado pruebas para declarar culpable a...”. Una víctima de abusos puede entender que el abusador no sea condenado, si el juez no puede dar por probados los hechos, pero no que sea declarado “inocente”, ese es un lenguaje de “dioses”.

Lo más importante, en todo caso, es que el menor tenga un acompañante, que sea competente y la víctima la acepte bien, para prepararle y apoyarle en cada paso del proceso.

Demasiados ejemplos como este: un niño de 9 años sufre un abuso sexual en el colegio (intento de coito anal) por parte de uno de 15. A los 8 días el pequeño ya estaba bien y tranquilo, después de nuestra intervención breve. El juez les cita a juicio un año después de la denuncia, cuando al menor no le quedaban ningunas secuelas de la mala experiencia.

**En los últimos años han mejorado mucho los procesos judiciales, para evitar nuevos sufrimientos al menor**

## Tablas y figuras

Tabla I. Aumento de delitos sexuales cometidos por menores a través de los últimos años

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Abusos	476	451	648	564	544	668
Agresiones	795	935	1185	1370	1117	1959

Fuente: Fiscalía General del Estado, 2022.

Tabla II. Edad de las víctimas

Edades	Varones	Mujeres	TOTAL
4-5 años	2,24	4,43	3,56
6-7 años	6,72	12,32	10,09
8-9 años	14,93	16,26	15,73
10-11 años	11,19	16,26	14,24
12-13 años	26,12	24,63	25,22
14-15 años	28,36	16,26	21,07
16 años	10,45	9,45	10,09

Fuente: <sup>(3)</sup>López, F, Carpintero E, Fuertes A, Hernández A. *Abusos sexuales a menores, lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.

Tabla III. Agresores y víctimas adolescentes

	Varones	Mujeres
Agresores	47,9%	27,16%
Víctimas	37%	47%

Fuente: <sup>(11)</sup>Fernández-Fuertes A, Carcedo R, Orgaz B, Fuertes A. *Sexual Coercion Perpetration and Victimization. Gender Similarities and Differences in Adolescence*. *Journal Interpersonal Violence*, 2018, 1-19.

## Bibliografía

1. López F. *Los abusos sexuales a menores y otras formas de maltrato sexual*. Madrid: Pirámide, 2014.
2. López F. *Necesidades infantiles. Respuesta familiar, escolar y social*. Madrid: Pirámide, 2006.
3. López, F, Carpintero E, Fuertes A, Hernández A. *Abusos sexuales a menores, lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
4. López F. *Viejos y nuevos mitos sobre sexualidad. El rol de la educación sexual*. Madrid: Pirámide, 2020.
5. Equipo EMMA. *Hospital del Valle Hebrón. Datos sobre delitos contra la libertad de menores, 2021-2022*.
6. Cortini F. y Bobbhishin M. *The Proportion of Sexual Offenders who are Female is higher than thought*. *Criminal Justice and Behavior*; 2015, Vol.44: 245-162.
7. López F y Del Campo A. *Programas de prevención de abusos sexuales (Infantil, Primaria, Secundaria, Familia y Educadores)*. Salamanca: Victor Jara, 1997.
8. Pereda, N, Guillen G, Forns M y Gómez-Benito J. *The prevalence of child sexual abuse in community and students samples A Meta-Analysis*. *Clinical Psychologis Review*. 2009, 1-11.
- 9a. Finhelhor, D. *The international Epidemiology of child sexual abuse*. *Child Abuse and Neglect*, 1995, Vol. 18, N° 5: 409-4017.
- 9b. Mathews B y Collin-Vezina C. *Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition*. *Social Service Review*, 2017, 66, 410-427.
- 9c. Scoglio A, Kraus, S., Saczynski, J., Molnar B. *Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse*. *Trauma, Violence and Abuse*, 2019, 1-13.

10. López F, Carpintero E, Fuertes A y Hernández A. Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse and Neglect*, 1995, Vol. 19: 139-1050.
11. Fernández-Fuertes A, Carcedo R, Orgaz B, Fuertes A. Sexual Coercion Perpetration and Victimization. *Gender Similarities and Differences in Adolescence. Journal Interpersonal Violence*, 2018, 1-19.
12. Gewirtz-Meydan A, Finkelhor D. Sexual Abuse and Assault in a Large National Sample of Children and Adolescents. *Child Maltreatment*, 2019, 1-12.
13. López F. *Ética de las relaciones sexuales y amorosas*. Madrid: Pirámide, 2015.
14. López F. *Educación sexual y Ética*. Madrid: Pirámide, 2017.
15. Shen F, Soloski KL (2022). Examining the moderating role of childhood attachment for the relationship between child sexual abuse and adult attachment. *Journal of Family Violence*. Advance online publication, 2022, DOI: 10.1007/s10896-022-00456-9.
16. López F. *Estilos amorosos ¿De qué depende la vida sexual y amorosa?* Madrid: Pirámide, 2022.

## PREGUNTAS TIPO TEST

1. **Sobre la prevalencia de los malos tratos sexuales en la adolescencia en países nórdicos y EE.UU., ¿Cuál de estas afirmaciones es adecuada?**
  - a) Las chicas los sufren en el 88,4% por chicos abusadores o agresores; y el 11,6% por otra chica.
  - b) Los chicos los sufren por parte de otro chico en el 45,5% de los casos y en el 54,4% por parte de una chica.
  - c) Las estrategias que estudian estos autores son la "presión", la "sorpresa" (que en algunos casos puede llegar a la violencia, sobre todo en el caso de los chicos) y la manipulación.
  - d) Los abusos aumentan a medida que los adolescentes tienen más edad (10-13 años menos abusos y agresiones que con 14-17 años).
  - e) Todas son correctas.
2. **Sobre los efectos de los abusos y agresiones sexuales, se han descrito en múltiples entidades clínicas psiquiátricas menos en una. ¿Cuál?**
  - a) Depresión.
  - b) Ansiedad.
  - c) Esquizofrenia.
  - d) Trastornos de la conducta alimentaria.
  - e) Suicidio.
3. **En relación con la prevención. ¿Cuál de estas afirmaciones no es cierta?**
  - a) La educación sexual es la mejor prevención.
  - b) La visión positiva de la sexualidad, facilita la comprensión de las conductas sexuales.
  - c) Se puede dar una buena educación sexual sin tener en cuenta los padres.
  - d) La educación en valores sociales universales.
  - e) La enseñanza de los Derechos Humanos y sobre todo del niño.
4. **Sobre la epidemiología de los maltratos sexuales, ¿Cuál es la respuesta correcta?**
  - a) En torno al 10% de los niños y 20% de niñas sufren abusos.
  - b) Cerca del 50% de víctimas los sufren varias veces, con frecuencia por parte del mismo abusador.
  - c) El 70% de los menores lo comunican a alguien; preferentemente a un amigo o amiga y a la madre. Pero amistades y familiares les guardan el secreto con frecuencia.
  - d) Los abusadores suelen cometer el primer abuso siendo menores de edad, en el 50 o 60% de los casos.
  - e) Todas son correctas.
5. **En la práctica, un Pediatra o Médico Generalista hay una actuación que no debe hacer ante los maltratos sexuales, ¿cuál?**
  - a) Reforzar el vínculo familiar desde el nacimiento.
  - b) Implicarse en programas de educación y ética de la sexualidad.
  - c) Crear consultas específicas y prestación de servicios a adolescentes.
  - d) No está obligado a denunciar ante una sospecha de maltratos sexuales.
  - e) Detectar problemas de abuso o prácticas sexuales de riesgo.

Respuestas en la página 114

# Violencia del adolescente entre iguales, con los padres. MENAS. ¿Cómo actuar?

**P.J. Rodríguez Hernández(\*), L.M. Torres Tejera(\*\*).** (\*)Pediatra, Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia y Psicólogo. Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife. Profesor Asociado de Psiquiatría (Universidad de La Laguna). (\*\*)Residente de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

**Fecha de recepción:** 19-12-2022

**Fecha de publicación:** 28-02-2023

Adolescere 2023; XI (1): 60-71

## Resumen

El objetivo de este artículo es analizar la violencia entre adolescentes, violencia de adolescentes hacia sus padres y la relación entre menores extranjeros no acompañados y conductas violentas. Se puede utilizar como definición de violencia la presencia de comportamientos graves y extremos realizados con la intención de producir daño físico y/o psicológico a otras personas. La incidencia de los actos violentos entre la juventud actual se relaciona con una diversidad de variables. La fenomenología de la violencia en la adolescencia es compleja debido a que intervienen múltiples factores de naturaleza individual, social y cultural. Es necesario la intervención mediante estrategias multidisciplinares. Recientes investigaciones confirman que muchos de los factores de riesgo y protección en el desarrollo de la violencia residen en la dinámica familiar. Los programas terapéuticos deben incluir intervenciones en donde los adolescentes procesen la información de la interacción con los padres. La terapia cognitivo conductual es la más utilizada en las intervenciones para reducir la violencia.

**Palabras clave:** Niños; Pediatría; Salud mental; Violencia juvenil; Salud adolescente.

## Abstract

The goal of this article is to examine violence among adolescents, violence from adolescents toward their parents and the relationship between unaccompanied migrant minors and violent behavior. By violence, we mean serious and extreme behavior that is intended to cause physical and/or psychological harm to another person. The incidence of violence by today's youths is related to a variety of factors. The phenomenon of adolescent violence is complex since it involves multiple causes of an individual, social, and cultural nature. A multidisciplinary approach is required. Early detection improves the prognosis and reduces morbidity. Recent research confirms that many of the most salient risk and protective factors for the development of violence reside in the family system. Treatment programs should include intervention on the way in which adolescents process the information in their interactions with parents. Cognitive behavioral treatments are the most commonly disseminated interventions for violence.

**Key words:** Children; Pediatric; Mental health; Youth violence; Adolescent health.

## Introducción

En la sociedad occidental actual ha disminuido la incidencia de actos criminales realizados por adolescentes. Sin embargo, las conductas violentas se mantienen en cifras similares año tras año. La violencia en la adolescencia se refiere a comportamientos que tienen que ver con una confrontación directa con otros con la intención de producir daño (insultos, golpes) pero también cuando el objetivo es dañar el círculo social de la víctima o la percepción que dicho círculo tiene de la persona (difundir rumores, exclusión social)<sup>(1)</sup>.

Es difícil establecer un modelo etiológico o una clasificación. Por ejemplo, la violencia sexual, la racial o por diferencias ideológicas, está relacionada con otras formas de violencia en distintos contextos (familiar, social, comunitario o escolar). Y también con la ejercida en distintos formatos virtuales (internet, redes sociales). Además, existe alta asociación con consumo de alcohol y drogas y con estados mentales de depresión, ansiedad o baja autoestima. Sin embargo, se han identificado los principales factores de riesgo para el desarrollo de conductas violentas en la adolescencia<sup>(2)</sup> (en la Tabla I se recogen las más importantes) así como los patrones psicológicos de los adolescentes violentos. Algunas de esas características psicológicas son las siguientes<sup>(3)</sup>:

- Insensibilidad a los resultados de las acciones. Pueden ser insensibles, no presentando sentimientos de culpa ni remordimiento. Existe déficit en la integración y valoración del componente emocional de los actos.
- El adolescente percibe mal las intenciones de los compañeros, interpretándolas como hostiles. En estos casos suele primar la violencia reactiva en detrimento de la espontánea.
- Escasa tolerancia a la frustración con respuestas agresivas ante ella. Los requerimientos del entorno han de ser satisfechos de manera inmediata. Existe controversia sobre el papel que desempeñan las nuevas formas de ocio basadas en la inmediatez, especialmente los videojuegos que permiten determinadas formas de adicción debido a la utilización de reforzadores instantáneos.
- Tendencia a culpar a los compañeros de sus propias disconducas. Predomina la mentira en el patrón psicológico. Habitualmente, esta característica se debe a un mecanismo de defensa o una estrategia de afrontamiento de la realidad.
- Se acompaña de baja autoestima, a pesar de una apariencia de seguridad y dureza. Las interacciones sociales pierden estímulos para establecer una adecuada vinculación emocional.
- Bajo rendimiento académico y consumo de drogas. Son las consecuencias finales del patrón conductual de violencia. Además, por sí mismo, pueden incrementar las respuestas violentas reactivas y explosivas.

En la presente revisión se analizan algunas situaciones frecuentes de violencia en la adolescencia; entre iguales, el adolescente con los padres y la presente en los menores extranjeros no acompañados (MENA).

## Violencia del adolescente entre iguales

La violencia entre iguales es la forma de violencia más frecuente en la adolescencia. Además de la violencia física, en este apartado se incluye la emocional, económica y sexual. La subcategoría más común es el acoso escolar, tanto directo como a través de las redes sociales. El acoso escolar queda definido como actos deliberados cometidos repetidamente y de manera continua por uno o varios alumnos contra una víctima que no se puede defender. Tales acciones son agresivas y llevan implícitas un desbalance de poder entre el o los agresores y el o los agredidos. El acoso puede ser físico, psicológico, social (por ejemplo, difundir rumores, excluir o ignorar) o verbal (insultos, comentarios de índole sexual...)<sup>(4)</sup>.

En los últimos años, una forma específica de violencia entre iguales en adolescentes ha ido escalando posiciones hasta convertirse en la más frecuente. Se trata del ciberacoso. Se utiliza la tecnología digital, especialmente a través de telefonía móvil, ordenadores y tabletas, para lograr el objetivo. A los tres elementos principales presentes en el acoso escolar, la intención, la repetición y el desbalance de poder, el ciberacoso añade otros dos: el anonimato y la elevada difusión o publicidad. Los actos anónimos pueden llevar a que los actos contra las víctimas sean de elevada crueldad<sup>(5)</sup>.

**La violencia en la adolescencia se refiere a comportamientos con una confrontación directa con otros con la intención de producir daño (insultos, golpes), también cuando el objetivo es dañar el círculo social de la víctima o la percepción que dicho círculo tiene de la persona (difundir rumores, exclusión social)**

**La violencia entre iguales es la forma de violencia más frecuente en la adolescencia**

La prevención es fundamental para evitar la violencia entre iguales. Y el mejor sitio para el desarrollo de programas de prevención es el centro escolar. Hay que contar con colegios e institutos con ambiente seguro para evitar la violación del derecho del alumno a aprender sin temor, establecer políticas de tolerancia cero que aseguren la neutralidad de la balanza de poder o prestar especial atención a los adolescentes más vulnerables como los que presentan algún tipo de discapacidad.

## Cómo actuar en situaciones de violencia del adolescente entre iguales

Algunas de las estrategias más utilizadas incluyen intervención en habilidades sociales y emocionales y estrategias para mejorar las situaciones de violencia en el ámbito educativo<sup>(6,7)</sup>.

**Ante violencia entre iguales las estrategias más utilizadas incluyen intervención en habilidades sociales y emocionales y estrategias para mejorar las situaciones de violencia en el ámbito educativo**

### Programa de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes

En muchas ocasiones, junto con la conducta violenta, pueden aparecer dificultades en la socialización. En estos casos, resultan de utilidad los entrenamientos en habilidades sociales, que incluyen técnicas como el juego simbólico y el *role play*. Con ellas se busca enseñar a los adolescentes a comprender y aplicar las reglas del juego, a aceptar las consecuencias de sus actos sin culpar a los demás, a no abandonar el juego, a resolver distintos tipos de problemas e identificar los propios sentimientos y los de los demás.

### Estrategias en el ámbito educativo

En el aula ordinaria, los profesores deben considerar algunos aspectos relativos a los procedimientos de interacción con el alumnado violento. Es importante que las estrategias a utilizar sean coordinadas con los equipos de orientación escolar y que las familias o tutores legales sean informados de los procedimientos a realizar. Las más importantes son los siguientes:

- a) **Establecer los adecuados refuerzos positivos** cuando se observen comportamientos deseables mediante alabanzas o halagos. Esos refuerzos se pueden acompañar de acercamiento físico, expresión facial de alegría y se debe transmitir los logros conseguidos al resto de la clase.
- b) **Se pueden establecer estrategias cognitivo-conductuales** para mejorar el comportamiento. Entre las estrategias cognitivas, la más utilizada es la técnica de autoinstrucciones. El alumno debe hablarse a sí mismo en voz alta, dándose instrucciones sobre la mejor conducta a realizar en un momento dado y recompensándose con auto alabanzas cuando el resultado sea positivo. Las estrategias conductuales más efectivas son la economía de fichas, mediante la que se obtienen una serie de refuerzos previamente pactados cuando se logran determinados comportamientos positivos que se van anotando en un sistema de registro y el contrato de contingencias, que se realiza mediante la firma de un acuerdo en el que alumno y profesor se comprometen a establecer unas conductas positivas determinadas y el profesor premia dicho logro con un reforzador.
- c) Cuando las estrategias mencionadas no son efectivas, y las conductas violentas sobrepasan determinado nivel, es posible utilizar la **estrategia del tiempo fuera**. Para ello, se debe apartar al alumno de la actividad que está realizando y se desplaza a una zona predeterminada dentro de la clase o fuera del aula, en este último caso bajo la supervisión de otro profesor. Cuando el alumno se muestra tranquilo y sereno, se reintegra en la actividad del aula.

En determinados casos en los que la intensidad de la conducta violenta o agresiva impida la adecuada convivencia, es necesario que la escolarización se realice en colegios o aulas adaptados a las necesidades específicas.

En todos los casos, es fundamental la coordinación entre los equipos educativos, las familias y los equipos clínicos.

Hay que señalar que en numerosas ocasiones los niños y adolescentes con conductas violentas presentan dificultades académicas. En ese caso, ante el desempeño de sus actividades se debe actuar de la siguiente manera:



- Mejorar la motivación: elogiarlos por sus buenos resultados y su buena conducta, y evitar criticarlos en público.
- Planificar y dirigir su actividad hacia metas concretas: sistemas de puntos, agendas, dividir las tareas en subobjetivos, trabajar en grupos pequeños y establecer rutinas predecibles.
- Adaptación curricular si es necesario.

## Violencia del adolescente con los padres

La violencia filio-parental (VFP) es un tipo de violencia que se da dentro del área familiar; no existe un claro consenso respecto al concepto, encontrándonos en la literatura diferentes definiciones sobre esta problemática. Muchos autores defienden que este tipo de violencia se caracteriza por conductas reiteradas de violencia psicológica (verbal o no verbal), física o económica, dirigida a los y las progenitoras, o a aquellos adultos que ocupan su lugar. En los últimos años ha surgido un interés creciente, debido, en parte al aumento de denuncias por parte de los progenitores. Se ha convertido en un problema social en alza que requiere más investigación<sup>(8)</sup>.

La violencia psicológica se establece a partir de conductas que vulneran los sentimientos y necesidades afectivas de los progenitores, produciendo en ellos conflictos personales y frustraciones. Las conductas más habituales suelen ser ignorar, humillar, expresar desprecio hacia sus progenitores y ejercer violencia contra los objetos para infundir miedo. Violencia física: se define como el conjunto de conductas que ejercen daño corporal. La omisión de ayuda de los progenitores en situaciones de vulnerabilidad también se considera como un maltrato físico y psico-emocional<sup>(9)</sup>. Violencia económica: conductas que afectan a la salud financiera de los progenitores, por medio de acciones como robo, venta o destrucción de objetos, generación de deudas o utilización de tarjetas bancarias por parte de los hijos.

Existe cierta confusión respecto a la magnitud del problema dado que los pocos estudios epidemiológicos realizados han arrojado porcentajes muy dispares. Es relevante destacar que esta disparidad porcentual se debe, en parte, por las diferentes definiciones de las conductas que se consideran violencia filio-parental; algunos estudios incluyen los ataques físicos cometidos por los hijos sin establecer intensidad, mientras que en otros solo se tiene en cuenta los ataques severos.

Según los datos de la fiscalía general del Estado, las denuncias por VFP descendieron en España en los años 2006 y 2007, aumentando en el año 2008 y 2009 (pasando de 2.000 a 5.201 casos) y manteniéndose estables hasta el año 2018, con la excepción de un ligero incremento de hasta 5.377 casos en 2011. En un informe publicado en 2020 con datos recogidos de las diferentes memorias regionales de las Fiscalías de Menores de cada comunidad autónoma, se evidencia una disminución de expedientes abiertos a jóvenes por este tipo de delitos, 4.699 en el año 2020, en comparación a los 5.005 registrados en 2019. Durante 2018 fueron 4.833, por lo que la incidencia de la VFP en España aumentó un 4,59 % en el año 2019.

En cuanto a las características del agresor, la edad media es de 15 años, el 64% presenta algún tipo de adicción y es más frecuente en varones y hacia sus madres. Además, la estructura familiar monoparental se considera un factor de riesgo asociado<sup>(10)</sup>.

Se han postulado numerosas variables explicativas de este fenómeno. Predominan las de tipo familiar, como el hecho de ser víctimas y/o testigos de violencia en el hogar; además de patrones educativos de sobreprotección y mayor permisividad. También se ha relacionado con problemas psicológicos, de adicciones y delictivos en los progenitores.

Se plantean otros factores de riesgo entre los que se encuentran ciertos rasgos de personalidad como el egocentrismo, la baja tolerancia a la frustración, la falta de control de las emociones, dificultad para generar relaciones interpersonales, incumplimiento de reglas, irritabilidad y agresividad. Suelen ser jóvenes conflictivos tanto en el medio social como en el medio escolar. La falta de empatía y comunicación positiva ha mostrado ser un antecedente importante. Esto estaría vinculado a razones que indican no sentirse querido o comprendido por los progenitores<sup>(11)</sup>.

**La violencia filio-parental se caracteriza por conductas reiteradas de violencia psicológica (verbal o no verbal), física o económica, dirigida a los y las progenitoras, o a aquellos adultos que ocupan su lugar**

**Las características del agresor: edad media de 15 años, el 64% presenta algún tipo de adicción y es más frecuente en varones y hacia sus madres**

# Cómo actuar en situaciones de violencia del adolescente con los padres

Existen varios programas que permiten mejorar las situaciones de violencia en el ámbito familiar <sup>(12,13)</sup>.

Para mejorar la violencia en el ámbito familiar se usan técnicas de negociación y resolución de conflictos así como programas de entrenamiento de padres

## Técnicas de negociación y resolución de conflictos

Son estrategias útiles en la resolución y manejo efectivo de la violencia en niños y adolescentes, aunque son más efectivas en adolescentes. Permiten solucionar problemas y llegar a un acuerdo permitiendo prevenir una posible escalada en el conflicto. Además, establece que la opinión y criterio del niño o adolescente pueda ser valorada.

**Las características generales que intervienen en un proceso de negociación son las siguientes:**

- Hay que establecer límites claros entre lo que se puede y no se puede negociar. Existen cuestiones no negociables. Además, dichos límites no se pueden modificar de manera arbitraria.
- Es importante seleccionar el entorno y el momento adecuado para la negociación, actuando con serenidad y sin prisa ni distractores externos.
- El proceso implica escuchar a la otra parte, el adolescente, indicando lo adecuado de que pueda realizar su aportación a encontrar una solución al problema. Posteriormente, se debe explicar la otra postura, en este caso la del adulto, añadiendo y argumentando las razones para mantener dicha opinión.
- Una vez expuestas las dos versiones del problema, se invita al adolescente a aportar una solución que pueda satisfacer a las dos ideas. En este punto, se pueden establecer los puntos de acuerdo y de desacuerdo e intentar ceder por ambas partes para llegar al consenso.
- Para reforzar el proceso de negociación, resulta de utilidad señalar por escrito los aspectos positivos y negativos de las propuestas que se vayan realizando.
- Resulta de utilidad incluir algún sistema de evaluación de los resultados obtenidos. Por ejemplo, preguntando al niño que indique del 1 al 10 la satisfacción con lo obtenido.
- Las consecuencias de no cumplir los términos de la negociación también tienen que quedar claras y aplicarse cuando se rompan los términos pactados.

## Programa de entrenamiento de padres

Son programas estructurados que se basan, principalmente, en la enseñanza de estrategias conductuales (psicoterapia conductual) y de resolución de conflictos y su posterior entrenamiento mediante técnicas de realidad simulada como el *role play*. Su efectividad es elevada, aunque los determinantes socioculturales limitan el seguimiento y finalización de los programas por falta de interés, desmotivación familiar, etc.

Como características comunes en todos ellos, el proceso se inicia estableciendo los grupos de familias (habitualmente no más de 10 familias por grupo) que presentan problemas de conductas violentas similares. A continuación, se definen las metas y objetivos que deben de ser alcanzables e inicialmente de baja complejidad. La duración de las sesiones depende del tipo de programa, aunque generalmente se considera un máximo de 10 o 15. Al finalizar las mismas, se evalúan los resultados obtenidos.

Algunos de los programas más utilizados son:

- Terapia de interacción padres-hijos (diseñada por Eyberg)
- *Collaborative Problem Solving* (CPS, Dr. Greene)

## Menores extranjeros no acompañados y problemas de comportamiento

La Organización de Naciones Unidas define MENA como aquellos niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que se encuentran fuera del país de origen y están separados de ambos padres o de algún tutor a cargo. Las variables que afectan a las condiciones psicológicas y conductuales en esta población son múltiples, interaccionan entre sí y, en ocasiones, son difíciles de precisar.

La Organización de Naciones Unidas define MENA como aquellos niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que se encuentran fuera del país de origen y están separados de ambos padres o de algún tutor a cargo

Los flujos migratorios se han incrementado en los últimos años debido a la precariedad y alta vulnerabilidad existentes en muchas áreas geográficas del planeta. Las más frecuentes son la presencia de conflictos armados, violencia estructural social o falta de recursos para sobrevivir. En el caso de los menores de edad, la migración es un proceso de alto riesgo. En los casos de ausencia de soporte familiar, el riesgo se multiplica debido a la falta de asistencia en un periodo de intenso desarrollo psicosocial<sup>(14)</sup>.

Distintos estudios analizan la relación entre los MENA y los problemas de comportamiento. En una revisión sistemática reciente, se examinan los problemas de conducta externalizantes en 14 estudios realizados en distintos países europeos. Entre las conclusiones, destaca la presencia de más problemas de comportamiento y actos violentos. De la misma manera, existe mayor número de situaciones en las que el MENA se encuentra en situación de víctima antes, durante o después del proceso de migración (experiencia de victimización). La limitación más importante de todos los estudios es la ausencia de comparación entre los problemas de comportamiento de los MENA y otras poblaciones (nativos o menores extranjeros acompañados) en los que exista una experiencia de victimización similar. En la Tabla II se recogen los aspectos más destacados del estudio<sup>(15)</sup>.

Para finalizar, es importante señalar que los condicionantes médicos y psicosociales de los MENAS vienen matizados por la compleja realidad jurídica y administrativa que regulan su situación.

**Los condicionantes médicos y psicosociales de los MENAS vienen matizados por la compleja realidad jurídica y administrativa que regulan su situación**

## Legislación actual sobre MENA de interés para el médico

En el año 2021 se procede a modificar, mediante Real Decreto, el Reglamento sobre derechos y libertades de los extranjeros menores de edad en España<sup>(16)</sup>. Los aspectos más destacados de esa modificación son los siguientes:

- Se reduce el plazo de 9 meses que era el considerado anteriormente para que el menor se identificase con incapacidad de repatriación a su país de origen. Ese plazo se ha considerado excesivo y se plantea la posibilidad de recorte o establecer la situación de no repatriable de manera provisional. Debido a este cambio, es posible iniciar antes los trámites para la concesión de la residencia, acceso a permiso de trabajo, etc. Anteriormente había que esperar esos 9 meses para comenzar cualquier trámite de los mencionados. Esto no limita la posibilidad de repatriación en un momento posterior.
- No es necesario obtener una autorización de trabajo para actividades laborales si la administración que ejerce la tutela considera que dicha actividad favorece la integración social.
- Cuando el MENA alcanza la mayoría de edad, y tiene autorización de residencia, es posible renovar dicha autorización si certifica medios económicos.

El análisis de la legislación indica que sus condicionantes suponen un factor de vulnerabilidad añadido. Las premisas que debe cumplir el MENA al alcanzar la mayoría de edad para su plena integración social son difíciles de alcanzar para la mayoría de las personas no extranjeras que llegan a los 18 años. Esto hace que sea fundamental la prevención de las dificultades de la transición desde un sistema de protección social amplio (por debajo de los 18 años) a un sistema con escasa protección al cumplir la mayoría de edad.

## Cómo actuar en situaciones de violencia del MENA

Las estrategias deben considerar las particularidades de cada contexto, incluyendo los específicos de la situación y las condiciones de recepción. Es necesario analizar los factores de vulnerabilidad, los episodios de victimización y la situación legal para establecer el modelo de intervención<sup>(17)</sup>.

La elevada prevalencia de factores de riesgo y de estrés postraumático incrementan la sintomatología externalizante por lo que una adecuada atención a la salud mental junto a programas específicos de intervención son las dos estrategias más eficientes en situaciones de violencia o dificultades del comportamiento.

El nuevo contexto social al que se enfrenta el MENA establece una serie de barreras culturales que retrasa la atención en salud mental. Por ello hay que establecer mecanismos seguros y

## Tema de revisión

Violencia del adolescente entre iguales, con los padres. MENAS. ¿Cómo actuar?

ágiles para el acceso en condiciones de estabilidad y seguridad. La valoración y tratamiento precoz mejora el pronóstico. Se debe considerar la desconfianza que pueden tener en el entorno sanitario debido a las propias diferencias culturales y en la experiencia de abusos y maltratos en su país de origen o en el traslado. La comorbilidad psiquiátrica es muy frecuente. Las situaciones de trauma complejo se acompañan de ansiedad, depresión, problemas del sueño, sintomatología psicósomática y problemas alimentarios. La desesperanza ante la situación real a la que se enfrentan, en comparación a la situación idealizada, incrementa la sintomatología y disminuye la adherencia terapéutica.

Los programas de intervención más utilizados suelen ser de dos tipos: Intervención grupal o intervención residencial<sup>(18)</sup>.

La intervención grupal persigue mejorar todos los factores anímicos, afectivos y conductuales mediante la experiencia de otros que han pasado por las mismas dificultades y experiencias.

La intervención residencial tiene como objetivo establecer nuevos parámetros en las condiciones de protección y seguridad de la persona en contraposición a las experiencias negativas anteriores. También se mejora el acoplamiento social en base a la reafirmación de su identidad y se mejora la participación como miembro de la ciudadanía en la nueva sociedad a la que pertenece.

**Los programas de intervención más utilizados con los MENAS suelen ser de dos tipos: intervención grupal o intervención residencial**

## Otras intervenciones en situaciones de violencia adolescente entre iguales, hacia padre o violencia en MENAS

### Tratamiento farmacológico

No existe tratamiento farmacológico para la violencia en el adolescente. Sin embargo, algunos fármacos se pueden utilizar en situaciones puntuales de máxima gravedad y dentro de un programa de intervención multimodal.

Los antipsicóticos atípicos son los fármacos que presentan un mejor nivel de tolerabilidad y menos efectos secundarios. Por ello, cada vez son más utilizados en un número creciente de adolescentes con una gran variedad de trastornos, que incluyen trastornos del comportamiento, del ánimo, del desarrollo, psicóticos y trastornos alimentarios<sup>(19)</sup>.

La risperidona es uno de los antipsicóticos atípicos mejor estudiados en niños y adolescentes. Además, es el fármaco con mayor evidencia de eficacia como tratamiento de la irritabilidad y agresividad. Presenta una eficacia demostrada con dosis de 0,5-6mg/día. El aumento de dosis por encima de 2,5mg/día no se asocia con mejor respuesta, por lo que se recomiendan dosis bajas.

Los efectos a largo plazo son todavía poco conocidos. Pese a ello, debido a la evidencia existente en la actualidad, es de elección frente a otros antipsicóticos atípicos como son la quetiapina o el aripiprazol.

**No existe tratamiento farmacológico para la violencia en el adolescente. Sin embargo, algunos fármacos se pueden utilizar en situaciones puntuales de máxima gravedad y dentro de un programa de intervención multimodal**

### Centros específicos para intervención con menores que presentan problemas graves de conducta o violencia

La legislación española ordena la posibilidad de establecer centros específicos para problemas conductuales extremos y violencia cuando la intervención terapéutica no es efectiva. La Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, es el referente legislativo en las cuestiones referentes a la protección a la infancia y adolescencia. Sin embargo, en la mencionada Ley no se contemplan aspectos relacionados con la regulación de los centros para menores con problemas de conducta.

Debido a ello, el 27 de febrero de 2015 se publica en el Boletín Oficial de las Cortes Generales el Proyecto de Ley Orgánica de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, en el que se regula como novedad importante, el ingreso de niños y adolescentes en centros de protección específicos para menores de edad con problemas de conducta.

Dicha regulación es de suma importancia debido a que cada vez es más elevado el número de menores que ingresan en estos centros, debido a situaciones muy conflictivas derivadas de problemas de comportamiento agresivo e inadaptación, a veces a petición de sus propias familias.

El objetivo de los centros específicos para adolescentes con problemas significativos de conducta es proporcionar un contexto estructurado educativo, socioemocional y terapéutico. La finalidad última es la normalización de la conducta, proporcionar un marco educativo adecuado y el desarrollo de su personalidad en un contexto estructurado en el marco de un proyecto educativo. Nunca pueden concebirse como instrumentos de defensa social frente a menores conflictivos. Se debe establecer un adecuado plan de actuación que incluya los siguientes aspectos:

- Análisis detallado del caso haciendo hincapié en factores de vulnerabilidad y de riesgo.
- Evaluación de todas las alternativas terapéuticas que se puedan desarrollar. La familia, el entorno académico y los factores contextuales forman parte de la estrategia terapéutica.
- Sistematizar la revisión periódica de los avances o retrocesos para redimensionar la planificación de la intervención.

Además, antes de tomar la decisión de ingresar a un niño o adolescente en un centro se debe comprobar que otras intervenciones han fracasado. Además, se prioriza la reintegración familiar desde que sea posible.

Para efectuar el ingreso se requiere de autorización judicial. Esto es debido a la necesidad de legitimar las posibles restricciones a su libertad y derechos fundamentales que la medida pueda comportar. La autorización la puede solicitar el Ministerio Fiscal o la Entidad Pública con competencias en la evaluación familiar, dentro del área de servicios sociales. La solicitud debe estar acompañada de un informe psicosocial en el que se detalle la existencia de un diagnóstico de trastorno de conducta, en el que existan conductas disruptivas o disociales recurrentes, transgresoras de las normas sociales y los derechos de terceros.

Es importante remarcar que no podrán ser ingresados en estos centros los menores que sufran enfermedades o trastornos mentales que requieran un tratamiento específico por parte de los servicios de salud mental o de atención a personas con discapacidad.

Hay que señalar también que las medidas de seguridad de los centros (registros, aislamiento y contención física y mecánica) tendrán carácter de excepcionalidad y se utilizarán solamente como último recurso por parte de personal cualificado en defensa propia, intentos de fuga, resistencia física a una orden o riesgo de autolesión, de lesiones a otros o daños graves a la propiedad. La contención mecánica sólo se realizará bajo un estricto protocolo y supervisión médica.

Para finalizar, se pueden enumerar algunas de las dificultades que presenta el sistema de centros. La principal es la escasez de plazas y las consecuentes listas de espera. También la diferencia en la dotación de recursos entre Comunidades, la excesiva rotación de profesionales que trabajan en ellos o la `mala prensa´ que tradicionalmente han tenido.

## Conclusiones

Los violencia del adolescente entre iguales, hacia sus padres o las dificultades adaptativas y del comportamiento de los MENAS presentan una frecuencia elevada. La valoración e intervención en las situaciones de conflicto presenta una serie de condicionantes que dificultan la elaboración de planes terapéuticos efectivos. La primera es la necesidad de coordinación entre las distintas administraciones implicadas: sanitaria, judicial, social. Otro inconveniente es la elevada presencia de factores de riesgo y de vulnerabilidad y los efectos multiplicativos de la interacción entre ellos. Eso hace que las estrategias de acción se vean dificultadas por la distorsión de las dianas sobre las que actuar. Además, habitualmente existe una línea poco clara entre sintomatología secundaria a un diagnóstico establecido, por ejemplo, en el caso del Trastorno Negativista Desafiante o el Trastorno Disocial, y la expresión conductual de fenómenos relacionados con la influencia de la situación social o cultural.

**El objetivo de los centros específicos para adolescentes con problemas significativos de conducta es proporcionar un contexto estructurado educativo, socioemocional y terapéutico**

**Algunas de las dificultades que presenta el sistema de centros: la principal es la escasez de plazas y las consecuentes listas de espera. También la diferencia en la dotación de recursos entre Comunidades, la excesiva rotación de profesionales que trabajan en ellos o la `mala prensa´ que tradicionalmente han tenido**

## Resumen

Las situaciones de violencia entre adolescentes son elevadas. En los últimos años se ha incrementado la violencia ejercida por los adolescentes hacia sus padres. La situación de vulnerabilidad de los MENAS induce a situaciones de violencia superior a la media de su edad y equiparable a la de los adolescentes con esos mismos factores de riesgo y vulnerabilidad. Las intervenciones más efectivas son las de base cognitivo conductual. No existe tratamiento farmacológico específico, aunque cuando es necesario se puede utilizar un neuroléptico atípico (el más estudiado es la risperidona), siempre dentro de un programa multidisciplinar y no de manera aislada.

## Tablas y figuras

Tabla I. Factores de riesgo asociados al desarrollo de conductas violentas

FACTORES DE RIESGO	ESPECIFICADOS
PSICOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Coeficiente intelectual bajo</li> <li>— Temperamento difícil</li> <li>— Rasgos sociopáticos o psicopáticos</li> <li>— Agresividad alta</li> <li>— Problemas de aprendizaje</li> <li>— Problemas de atención, impulsividad e hiperactividad</li> </ul>
BIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Herencia</li> <li>— Sexo varón</li> <li>— Bajo peso al nacer</li> <li>— Complicaciones prenatales y perinatales</li> <li>— Lesiones y enfermedades cerebrales</li> </ul>
FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Conducta delincuente, disocial o abuso de drogas en los padres</li> <li>— Trastornos psiquiátricos padres</li> <li>— Violencia en la familia</li> <li>— Conflictos: Abuso físico, sexual, emocional</li> <li>— Disciplina dura, errática o inconsistente</li> <li>— Madre divorciada o soltera</li> <li>— Madre deprimida</li> <li>— Padres jóvenes o mayores</li> </ul>
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Pobreza</li> <li>— Vivir en barrios con alto índice de criminalidad y desorganización</li> <li>— Amistades que delinquen, consumen drogas, se portan mal</li> <li>— Exposición repetida a la violencia en TV, cine o juegos</li> <li>— Asistir a una escuela con poca disciplina y disfuncional</li> <li>— Rechazo de los pares</li> <li>— Que hayan abusado del chico</li> <li>— Problemas con la justicia</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

## Tabla II. Relación entre factores de riesgo y problemas de conducta en investigaciones sobre MENA

ESTUDIO	AUTOR, PAÍS	AÑO	FACTORES DE RIESGO	PROBLEMAS DE CONDUCTA
1	Jensen, Noruega	2019	66% padecen victimización en origen, trayecto o país de acogida. Media de eventos traumáticos: 5,7	15% problemas de conducta. Ese porcentaje se mantiene a los 5 años
2	Müller, Alemania	2019	100% experimentan al menos 1 episodio traumático durante el proceso migratorio	10% problemas de conducta, significativamente más problemas que menores extranjeros acompañados
3	Müller, Alemania	2019	Las experiencias de victimización se mantienen en el tiempo	Los problemas de comportamiento no disminuyen con el tiempo
4	Sierau, Alemania	2019	95% experimentan al menos 1 episodio traumático durante el proceso migratorio	15% problemas de conducta
5	Longobardi, Italia	2017	100% abusos físicos o psíquicos (50% abuso sexual)	No problemas de comportamiento de manera significativa
6	Müller, Alemania	2016	90% eventos de violencia familiar y 40% al menos 1 evento de tortura	Cada MENA analizado ha realizado una media de 4 actos violentos
7	Jensen, Noruega	2014	Alta victimización que aumenta con el tiempo	Los problemas de comportamiento se mantienen constantes en el tiempo
8	Oppedal, Noruega	2012	75% experiencias de victimización previo a la migración	2,5% de los MENA han estado implicados en actos violentos más de 4 veces al año
9	Derluyn, Bélgica	2009	MENA: porcentaje significativamente superior en victimización que los menores extranjeros acompañados	No hay diferencias significativas en problemas de comportamiento entre MENA y menores extranjeros acompañados
10	Bean, Holanda	2007	MENA: más experiencias de victimización que menores nativos	Los menores nativos presentan más problemas de comportamiento que los MENA
11	Bean, Holanda	2007	Las experiencias de victimización no disminuyen con el tiempo	Tendencia a la cronicidad en los problemas de comportamiento
12	Derluyn, Bélgica	2007	MENA: más experiencias de victimización que menores extranjeros acompañados	Más problemas de comportamiento según cuidadores que según los propios MENA
13	Bean, Holanda	2006	MENA presentan el doble de experiencias de victimización que nativos	MENA autoinforman de menos problemas de comportamiento que nativos
14	Sourander, Finlandia	1998	El 80% de los MENA sufren persecución antes de salir de su país	El 50% de los MENA presentan problemas de comportamiento clínicamente significativos

Fuente: Elaboración propia.

# Bibliografía

1. Moreno Ruiz D, Estévez E, Jiménez TI, Murgui S. Parenting style and reactive and proactive adolescent violence: Evidence from Spain. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15:2634.
2. McCuish E, Bouchard M, Beauregard E, Corrado R. A network approach to understanding the structure of core symptoms of psychopathic personality disturbance in adolescent offenders. *J Abnorm Child Psychol* 2019; 47:1467-82.
3. Somma A, Andershed H, Borroni S, Salekin RT, Fossati A. Psychopathic personality traits in relation to self-report delinquency in adolescence: should we mind about interactive effects? *J Psychopathol Behav Assess* 2018; 40:69-78.
4. Mojarro MD. El adolescente disocial. En: del Pozo J, Redondo A, Gancedo MC, Bolívar V. *Tratado de Pediatría Extrahospitalaria*. Madrid: Ergon S.A.; 2011. p. 1305-11.
5. Zhu C, Huang S, Evans R, Zhang W. Cyberbullying among adolescents and children: A comprehensive review of the global situation, risk factors, and preventive measures. *Front Public Health*. 2021; 9:634909. Disponible en: [doi:10.3389/fpubh.2021.634909](https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.634909).
6. Sivaraman B, Nye E, Bowes L. School-based anti-bullying interventions for adolescents in low-and middle-income countries: A systematic review. *Agress Violent Behav*. 2019; 45:154-62.
7. Valdés Cuervo AA, Martínez Ferrer B, Carlos Martínez EA. The role of teaching practices in the prevention of school violence among peers. *Rev Psicodidáctica*. 2018; 23:33-8.
8. Sáez MAC, Rodríguez AF, González OH. Violencia filio-parental: Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. 2022; 14:13-36.
9. Acoca C, Lorenzo M, Miró C. La violencia filio-parental: Un análisis de sus claves. *An Psicol*. 2013; 30:157-70.
10. Vázquez G, Zuñeda A, Llamazares A, Marañón D. Características individuales y familiares de los adolescentes inmersos en violencia filio-parental: La agresividad física, la cohesión familiar y el conflicto interparental como variables explicativas. *Rev Psicopatol Psicol*. 2016; 21:21-33.
11. Calvete E, Orue I. Violencia filio-parental: Frecuencia y razones para las agresiones contra madres y padres. *Psicol conductual*. 2016;24: 481.
12. Booker JA, Ollendick TH, Dunsmore JC, Greene RW. Perceived parent-child relations, conduct problems, and clinical improvement following the treatment of oppositional defiant disorder. *J Child Fam Stud*. 2016; 25: 1623-33.
13. Henggeler SW, Sheidow AJ. Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *J Marital Family Therapy*. 2012; 38: 30-58.
14. Hanewald B, Knipper M, Fleck W, Pons-Kuhnemann J, Hahn E, Minh T et al. Different patterns of mental health problems in unaccompanied refugee minors (URM): A sequential mixed method study. *Front Psychiatry*. 2020; 11:8324. [doi: 10.3389/fpsy.2020.00324](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00324).
15. Inofuentes RA, Fuente LD, Ortega E, García-García J. Victimización y problemas de conducta externalizante y antisocial en menores extranjeros no acompañados en Europa: Revisión Sistemática. *Anuario de Psicología Jurídica [Internet]*. 2021; 32:95-106. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315070367011>.
16. Real Decreto 903/2021, de 19 de octubre, por el que se modifica el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009, aprobado por el real Decreto 557/2011, de 20 de abril.
17. Migliorini L, Rania N, Varani N, Ferrari JR. Unaccompanied migrant minors in Europe an U.S.: A review of psychological perspective and care challenges. *J Prevent Intervent Community*. 2022; 50:273-285.
18. Garoff F, Kangaslampi S, Peltonen K. Development and implementation of a group based mental health intervention for unaccompanied minors. *Scand J Psychol*. 2019; 60:7-15.
19. McKinney C, Renk K. Atypical antipsychotic medications int the management of disruptive behaviours in children: Safety guidelines and recomendations. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31:465-471.



## PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. Con relación a la violencia en la adolescencia, señale la respuesta CORRECTA:**
  - a) Cuando se produce, la confrontación con otros es indirecta.
  - b) Nunca existe la intención de producir daño.
  - c) Cuando lo que se daña es el círculo social de la víctima, no se considera violencia.
  - d) Golpear o insultar a otra persona no se considera conducta violenta, sólo mala educación.
  - e) Es una confrontación directa con otros con la intención de producir daño.
  
- 2. Señale la respuesta CORRECTA con relación a las características de los factores de vulnerabilidad o riesgo:**
  - a) Son únicos, sólo uno de ellos afecta a cada persona.
  - b) No se interrelacionan entre si debido a sus diferencias etiopatogénicas.
  - c) Se analizan por separado con facilidad para interpretar su grado de influencia sobre el individuo.
  - d) Son múltiples, interrelacionados entre sí y difíciles de analizar por separado.
  - e) Los menos importantes son la educación familiar y las asociaciones grupales de adolescentes que comparten conductas violentas.
  
- 3. La violencia del adolescente entre iguales presenta las siguientes características excepto (señale la respuesta INCORRECTA):**
  - a) Es la forma de violencia menos frecuente en la adolescencia.
  - b) Incluye violencia física, emocional, verbal y sexual.
  - c) El acoso escolar lleva implícito un desbalance de poder.
  - d) En el ciberacoso existe anonimato y elevada difusión o publicidad.
  - e) Para actuar sobre ella se usan, entre otras estrategias, programas de entrenamiento en habilidades sociales.
  
- 4. Conteste la respuesta CORRECTA en relación con los centros específicos para intervención con menores que presentan problemas de conducta:**
  - a) No es necesario analizar los factores de vulnerabilidad y de riesgo debido a que se consideran condicionantes del pasado.
  - b) La familia, el entorno académico y los factores contextuales no forman parte de la estrategia terapéutica ya que ahora se encuentran en un centro.
  - c) No es necesario revisar de manera periódica el caso para planificar la intervención.
  - d) Antes de ingresar a un adolescente en un centro se debe comprobar que otras intervenciones han fracasado.
  - e) Es importante que el adolescente acuda al centro lo antes posible, cuando aún tenga muy pocos síntomas para evitar la progresión de las dificultades.
  
- 5. Respecto a los MENAS, indique la respuesta CORRECTA:**
  - a) Se consideran MENAS cuando se encuentran fuera del país de origen y están separados de uno de los padres.
  - b) En el caso de los menores de edad, la migración es un proceso de alto riesgo. En los casos de ausencia de soporte familiar, el riesgo se multiplica.
  - c) Ningún estudio ha demostrado la existencia de más problemas de comportamiento o actos violentos.
  - d) Los factores de victimización no suponen un factor de riesgo.
  - e) No tienen legislación específica, por lo que se debe aplicar la misma legislación aplicable a cualquier menor.

Respuestas en la página 114

# Adolescente con enfermedad crónica-discapacidad

**V. Santana Rojo, M. Pintó Rubio, A. Bordas Pérez.** Unidad de Patología Crónica Compleja. Servicio de Pediatría. Hospital Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Fecha de recepción:** 23-01-2023

**Fecha de publicación:** 28-02-2023

Adolescere 2023; XI (1): 72-85

## Resumen

La adolescencia es un periodo crítico tanto para los pacientes que padecen alguna patología crónica o tienen algún grado de discapacidad como para sus familias. Existe una interrelación directa entre aspectos físicos y psicosociales propios de este periodo con la vivencia de estas condiciones crónicas. Y éstas, debido a los avances médicos en las últimas décadas, son cada vez más prevalentes. El fomento de la autonomía y la adquisición de responsabilidad sobre su condición facilitará a cada individuo la integración en su comunidad, mejorando su calidad de vida. El entorno social donde el adolescente se desarrolle y su competencia en capacidades relacionadas con su condición determinarán, a su vez, la madurez adquirida. Este aspecto será fundamental para tener en cuenta su implicación en la toma de decisiones, así como para facilitar su transición a la vida adulta. La discapacidad que presentan algunos adolescentes con condiciones crónicas puede influir en esta transición y adquisición de capacidades. Algunos pacientes no pueden hacerse cargo de su salud y precisan cuidados y representación en la toma de decisiones por parte de sus familias durante toda su vida.

**Palabras clave:** *Adolescencia; Condición crónica; Personas con Discapacidad.*

## Abstract

Adolescence is a critical period both for patients who suffer some chronic disease or have some degree of disability as well as for their families. There is a direct relationship among physical and psychosocial aspects typical of this period with the experience of these chronic conditions. And these, due to medical advances in recent decades, are becoming more prevalent. The promotion of autonomy and the acquisition of responsibility for their condition will facilitate each individual's integration into their community, improving their quality of life. The social environment where the adolescent develops and their competence in capacities related to their condition will determine, in turn, the maturity acquired. This aspect will be essential to consider their involvement in decision-making, as well as to facilitate their transition to adulthood. The disability presented by some adolescents with chronic conditions may influence this transition and acquisition of capacity. Some patients are not able to take charge of their health and require lifelong care and representation in decision-making by their families.

**Key words:** *Adolescent; Chronic Condition; People with Disability.*

## Introducción

La enfermedad crónica y la discapacidad suponen un desafío a nivel de salud global, presentando unas particularidades en el período de la adolescencia que es primordial conocer y abordar. Como se describe en el informe de la OMS del 2007<sup>(1)</sup>: “El manejo de cualquier condición crónica durante la adolescencia, el tiempo de crecimiento y de cambios psicológicos, acompañados por un importante cambio a nivel individual y social, constituye uno de los mayores retos para el individuo, su familia y el equipo de salud”.

Las causas de enfermedad y mortalidad en niños y adolescentes están sujetas a constantes cambios como consecuencia de los avances médicos en el ámbito del diagnóstico y del tratamiento. Esto ha supuesto en los últimos años, un aumento de la supervivencia y, por tanto, de la prevalencia de enfermedad crónica y discapacidad en la adolescencia y la edad adulta. Dicho de otra manera, las enfermedades que antiguamente tenían un desenlace fatal se convierten, en la actualidad, en condiciones crónicas de salud.

### ¿Qué es una enfermedad crónica? El concepto de “condición crónica”

Determinar qué es la enfermedad crónica en el niño y adolescente es un gran reto. Existen múltiples definiciones y escalas para clasificar dependiendo de la duración de la enfermedad, la edad al diagnóstico y la expectativa de supervivencia, entre otros. Una de las definiciones más aceptadas por los distintos autores es la propuesta por Pless *et al.*<sup>(2)</sup>: “es una condición física, usualmente no fatal, de duración de más de tres meses a lo largo de un año o que ha precisado ingreso más de un mes seguido; con una gravedad suficiente para repercutir en las actividades de la vida diaria del niño”.

Sin incidir en el aspecto temporal, otra definición de finales de los 90 hacía referencia que “los **niños con necesidades especiales** de salud<sup>(3)</sup> son aquellos que tienen o corren un mayor riesgo de padecer un problema crónico físico, del desarrollo, condición conductual o emocional y que también requieren atención en salud y servicios relacionados de un tipo o cantidad mayor de lo requerido por los niños en general”.

Stein *et al.*<sup>(4)</sup> proponen una definición no categórica de la **condición crónica** de salud. Sugieren el cambio del término “enfermedad crónica” por “condición crónica” que englobe la enfermedad crónica, la discapacidad y los síntomas o manifestaciones anormales dentro del ámbito de la salud. A través de este término se pretende incluir a aquellos individuos que tengan una determinada patología crónica pero que, estando en una situación estable, sea preferible no usar el término “enfermo” por el significado estigmatizante que pueda acarrear. Un ejemplo de ello podría ser una persona con asma que no precisa tratamiento de mantenimiento en un momento determinado.

Así pues, proponen “condición crónica” como: trastorno que afecta a la esfera biológica, psicológica y cognitiva con una duración mínima de 12 meses y que produce al menos una de las siguientes secuelas:

- Limitación en la funcionalidad, actividades o rol social en comparación con sus iguales en el ámbito físico, cognitivo, emocional y social.
- Dependencia de medicaciones, dieta especial, tecnología médica, dispositivos de soporte o asistencia personal.
- Necesidad de asistencia médica, apoyo psicológico o apoyo educativo por encima de lo esperado para su edad.

### ¿Qué es la discapacidad?

La definición de discapacidad también está ampliamente discutida. Según el informe de las Naciones Unidas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

La enfermedad crónica y la discapacidad suponen un desafío a nivel de salud global, presentando unas particularidades en el período de la adolescencia

Las enfermedades que antiguamente tenían un desenlace fatal se convierten, en la actualidad, en condiciones crónicas de salud

Existen múltiples definiciones y escalas para clasificar dependiendo de la duración de la enfermedad, la edad al diagnóstico y la expectativa de supervivencia, entre otros

Se propone el cambio del término “enfermedad crónica” por “condición crónica” que englobe la enfermedad crónica, la discapacidad y los síntomas o manifestaciones anormales dentro del ámbito de la salud y es menos estigmatizante

Tanto en esta definición como en la literatura más reciente<sup>(5)</sup>, se remarca la interrelación entre ambiente y patología médica. También en el informe mundial sobre discapacidad de la OMS de 2011<sup>(6)</sup>, ésta se entiende como un modelo bio-psico-social en el que existe una interacción dinámica entre las condiciones de salud y el contexto del individuo (personal y social). Evidencia de esta interacción podría ser la influencia de las barreras arquitectónicas de cada país en una persona que se desplaza en silla de ruedas ya que, a un mismo nivel de afectación médica, la limitación funcional para llevar a cabo sus actividades diarias puede ser radicalmente diferente según las adaptaciones de su entorno.

Teniendo en cuenta estas definiciones no se pueden considerar sinónimos los términos “discapacidad”, “enfermedad crónica” y “condición crónica”. Cabe destacar que un adolescente con patología crónica no siempre asocia discapacidad si el contexto le es favorable. Por otro lado, la discapacidad no siempre ha de ir asociada a patología crónica. Es importante incidir en que ninguno de estos conceptos define a las personas.

## Epidemiología

En la actualidad, las enfermedades crónicas son la principal causa de fallecimiento en la población general, más frecuente aún en adultos que en adolescentes. En adultos, la cronicidad es debida a enfermedades con alta prevalencia, como por ejemplo patología cardiovascular. En cambio, en los niños y adolescentes, la mayoría de las enfermedades crónicas son patologías de baja prevalencia.

Es muy difícil evaluar la prevalencia real de discapacidad y de condición crónica en el paciente adolescente. Esto se debe a la heterogeneidad en su clasificación y definición y el sesgo en la recogida de datos, realizándose en la mayoría de las ocasiones a través de encuestas. Se estima una prevalencia de condición crónica en el adolescente de más de un 15%, llegando en algunos estudios hasta un 30%<sup>(1)</sup>. Sin embargo, hay algunas excepciones, como la diabetes o el asma, en las que sí existen estudios poblacionales mejor definidos.

Algunos estudios estadounidenses<sup>(7)</sup> mostraron un incremento de la discapacidad (referida por los padres) en la primera década de los 2000 de hasta un 15,6%. Éste se deriva, principalmente, del aumento de problemas neurológicos primarios y de salud mental, mientras que se ha visto un ligero descenso, en proporción, de los problemas causados por problemas físicos primarios (por ej. asma).

En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2020 los jóvenes de 16 a 24 años tienen una tasa de discapacidad de 25,5/1.000 habitantes los hombres y 17,9/1.000 habitantes las mujeres.

## Causas de condición crónica

En las últimas estadísticas publicadas por la OMS, las patologías que más carga de enfermedad tienen en la adolescencia a nivel mundial, expresada en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) son: los accidentes de tráfico, las gastroenteritis, la tuberculosis, la violencia interpersonal y las autolesiones. En países con mayor grado de desarrollo económico la distribución cambia, siendo las patologías crónicas las que suponen más carga de enfermedad. En España son, en primer lugar, la depresión seguida de la ansiedad, alteraciones del comportamiento, la migraña y, por último, los defectos refractarios de la visión.

Algunos estudios desarrollados en Norteamérica<sup>(5)</sup> han comparado las principales causas de limitación de las actividades diarias debido a enfermedades crónicas a través del tiempo. A finales de los 70, las tres causas principales eran, en este orden: las enfermedades respiratorias, dificultades en el lenguaje o discapacidad intelectual, y las enfermedades mentales o neurológicas. Sin embargo, 20 años más tarde, las tres causas principales fueron: dificultades en el lenguaje, dificultades del aprendizaje y el trastorno de déficit de atención.

**Las enfermedades crónicas son la principal causa de fallecimiento en la población general**

**En España, en 2020 los jóvenes de 16 a 24 años tienen una tasa de discapacidad de 25,5/1.000 habitantes los hombres y 17,9/1.000 habitantes las mujeres**

**Las patologías que más carga de enfermedad tienen en la adolescencia a nivel mundial, expresada en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) son: los accidentes de tráfico, las gastroenteritis, la tuberculosis, la violencia interpersonal y las autolesiones (OMS)**

## Recursos y disparidad

A nivel mundial, la salud del adolescente está determinada predominantemente por la riqueza nacional y por el acceso a la educación. En este mismo sentido, se ha visto que las intervenciones más efectivas para mejorar la salud global del adolescente son la mejoría del acceso a la educación, el empleo de los más jóvenes y mejorar la seguridad vial en las carreteras<sup>(8)</sup>.

A pesar de todo lo comentado anteriormente y, sabiendo que el acceso a la salud es un derecho fundamental, la discapacidad en niños y adolescentes tiene poca prioridad en las agendas de salud global y son pocos los países que ofrecen servicios adecuados y de calidad<sup>(9)</sup>. Se estima que solo entre un 5 y un 15% de la población mundial que necesita terapias específicas y asistencia tecnológica pueden acceder a ellas.

Se ha descrito ampliamente en la literatura la relación entre discapacidad y pobreza<sup>(5,6)</sup>. Los adolescentes y niños más pobres y aquellos que viven en países en vías de desarrollo tienen más prevalencia de discapacidad que aquellos con más recursos económicos, siendo según la OMS de 11,8% en países con ingresos elevados y 18% en países con ingresos bajos.

Se ha visto que las intervenciones más efectivas para mejorar la salud global del adolescente son la mejoría del acceso a la educación, el empleo de los más jóvenes y mejorar la seguridad vial

## Interrelación entre la adolescencia y la condición crónica

La presencia de una condición crónica en el adolescente repercute en su desarrollo a nivel biológico, psicológico y social. De forma recíproca, la adolescencia también influye significativamente en el control y evolución de la condición crónica. Sin una adecuada integración de ambos a través de formación específica y de políticas que las respalden, se pueden producir complicaciones evitables que repercutan en la calidad de vida y en una muerte prematura<sup>(10)</sup>.

La Tabla I expuesta por la OMS resume la interacción entre las distintas esferas.

### Biológico

#### Efectos de la condición crónica en el desarrollo de la adolescencia

Las enfermedades crónicas se asocian frecuentemente con talla baja y retraso en el inicio de la pubertad<sup>(1)</sup>. Las causas de ello son multifactoriales y destaca entre ellas la malnutrición crónica que puede ser debido a: malabsorción (ej.: enfermedades inflamatorias intestinales), incremento de gasto metabólico (ej.: espasticidad importante en parálisis cerebral), exceso de toxinas (ej.: fallo hepático), inflamación o infección crónicas (ej.: tuberculosis), hiperglucemia (ej.: diabetes), disfunción de hormonas hipotalámicas, estrés, efectos de las medicaciones (ej.: esteroides), etc. En algunas ocasiones este retraso puede ser transitorio, con talla normal en la edad adulta, pero en otras no se alcanza nunca la talla esperada<sup>(11)</sup>.

Las enfermedades crónicas se asocian frecuentemente con talla baja y retraso en el inicio de la pubertad

A nivel ponderal, es habitual la malnutrición tanto por bajo peso como por obesidad debida, entre otros factores, a la limitación en la actividad física.

#### Efecto de la adolescencia en la evolución de la condición crónica

La enfermedad crónica puede verse descompensada por el incremento significativo de necesidades calóricas y de carga metabólica requeridas para el inicio de la pubertad y el crecimiento<sup>(1,11)</sup>.

En la diabetes tipo 1 se ha descrito peor control metabólico en los pacientes que debutan en la adolescencia comparado con aquellos que debutan antes de los 10 años<sup>(8)</sup>. Se establecen varias hipótesis causales en relación con este hecho como los cambios hormonales y de hábitos.

Otro ejemplo es cómo influye el estirón puberal a nivel osteoarticular en la adolescencia en la parálisis cerebral infantil (progresión de la escoliosis, subluxación de caderas, entre otros).

La enfermedad crónica puede verse descompensada por el incremento significativo de necesidades calóricas y de carga metabólica requeridas

# Aspectos psicosociales en los adolescentes con enfermedades crónicas

En el periodo de la adolescencia resultan determinantes no solo los cambios físicos resultantes del desarrollo, si no las modificaciones en el comportamiento

En el periodo de la adolescencia resultan determinantes no solo los cambios físicos resultantes del desarrollo, si no las modificaciones en el comportamiento propias de esta etapa. De esta forma, también los aspectos bio-psicosociales, específicos de cada individuo, tendrán una relación directa y bidireccional con la condición crónica. Algunos cambios fundamentales serán, por ejemplo, el incremento de la autonomía, la búsqueda de independencia respecto a los padres, o la adquisición de una identidad propia, ocupando socialmente un lugar más definido en la comunidad<sup>(12)</sup>.

Todos estos factores se van a ver atravesados, en el contexto de estos pacientes, por la vivencia de tener el diagnóstico de una enfermedad crónica o una situación de discapacidad. A su vez, estas condiciones crónicas pueden asociar una serie de tratamientos diarios, un seguimiento hospitalario recurrente o la posibilidad de reagudizaciones o progresión de la enfermedad. Todo ello puede interferir de manera decisiva en el desarrollo hacia la vida adulta, así como en la calidad de vida percibida en todo este proceso. La OMS define la calidad de vida como *“la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”*. Por tanto, resulta evidente la influencia del contexto social, de forma aún más determinante en la etapa de la adolescencia<sup>(13)</sup>.

## Aspectos sociales y vida en comunidad

El contexto social y familiar puede influir en la complejidad para el manejo de una condición crónica en un adolescente. Podemos imaginar dos ejemplos; el de un adolescente de 18 años afecto de parálisis cerebral infantil con grave afectación motora, secundaria a una encefalopatía hipóxico-isquémica. Procede de una familia nuclear, con buen nivel adquisitivo. Acude a un centro de educación especial, dispone de terapias en domicilio a diario y tiene herramientas tecnológicas adaptadas que facilitan su comunicación; o bien, el de otro adolescente de 12 años con trisomía 21. Su familia es monoparental y tiene dos hermanos. Su madre presenta un nivel cultural bajo y está desempleada. Además, se identifican importantes dificultades para comprender la importancia de algunas terapias y la posibilidad de llevarlas a cabo por falta de medios.

Los determinantes sociales de salud, definidos por la OMS como *“condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”*, pueden añadir complejidad a la enfermedad. Ya no sólo al aspecto físico de la misma, si no a la vivencia que tienen de ella el paciente y su familia, tal y como se ejemplifica en los escenarios presentados.

Hay estudios<sup>(14)</sup> que muestran que los niños y adolescentes con necesidades especiales de salud tienen mayor riesgo de exposición a experiencias adversas durante la infancia (abuso, presencia de violencia doméstica, etc.). Además, parece haber asociación entre estas experiencias y un riesgo incrementado de exacerbaciones de las condiciones crónicas. Esto, a su vez, puede tener un impacto negativo en el desarrollo escolar del adolescente.

En referencia a la participación en la comunidad, principalmente en el medio escolar, hay un estudio<sup>(15)</sup> que demuestra que las condiciones crónicas de salud impactan negativamente a un amplio porcentaje de adolescentes en su socialización (40%) o en la realización de actividades cotidianas (18%). Otro estudio<sup>(16)</sup> señala cómo estos pacientes pierden aproximadamente el doble de días escolares que los adolescentes sin condición crónica asociada y relaciona, de forma significativa, un nivel económico cercano a la pobreza con niveles significativamente más bajos de participación en actividades.

En el periodo de la adolescencia uno de los factores fundamentales en el desarrollo de la personalidad es la elaboración de una identidad. En general, a través de un distanciamiento de los padres y un creciente sentimiento de pertenencia a otro grupo social. Para ello es fundamental la integración de estos pacientes en entornos escolares. En ellos, se fomentará un deseo de participación que ayude en la búsqueda del desarrollo de la autonomía, incluyendo aspectos de autocuidado relacionados con su condición crónica. Algunos de los estudios referenciados relacionan los altos niveles de pertenencia con mayor sensación de bienestar y salud mental.

Los niños y adolescentes con necesidades especiales de salud tienen mayor riesgo de exposición a experiencias adversas durante la infancia

Por otro lado, se asocia un riesgo hasta 3 veces mayor de desarrollar patología psiquiátrica en aquellos adolescentes con limitación en las actividades derivada de su condición crónica<sup>(17)</sup>.

Los pacientes que asocian algún grado de discapacidad a su condición crónica de salud presentan un riesgo incrementado de conductas de riesgo, así como limitaciones para la integración comunitaria. Las conductas sociales inadecuadas o la capacidad limitada para interpretar una experiencia adversa incrementan la posibilidad de experiencias negativas en sus relaciones. Sin embargo, el reconocimiento por parte de los padres o cuidadores se retrasa hasta este periodo de la adolescencia. Esto será debido a que estas dificultades para acomodarse al entorno darán lugar en este periodo a la evitación del medio escolar (aumento de irritabilidad limitada en tiempo y espacio), a déficits de autoestima o a problemas académicos, según el grado de discapacidad<sup>(14)</sup>.

Esta interrelación entre factores psicosociales (Figura 1), que pueden incrementar la complejidad de la condición crónica de salud, ayuda a interpretar la importancia del contexto social del paciente y su familia. Por tanto, resulta necesario fomentar la presencia de los pacientes en su entorno comunitario desde el medio sanitario en relación con otras disciplinas (trabajo social, profesorado, voluntariado, etc.). Unidades o equipos de atención en domicilio pueden reducir los tiempos de estancia hospitalaria, y evaluar desde una visión holística los problemas y necesidades de la unidad de atención (paciente y familia).

## Calidad de vida y salud mental en el paciente con condición crónica de salud y sus familias

La patología en salud mental de estos pacientes y sus familias es significativamente más frecuente derivada de la complejidad que asocia una condición crónica de salud, tanto física como social<sup>(17,18,19)</sup>. Diversos estudios muestran un riesgo 2-3 veces mayor en adolescentes con condiciones crónicas de salud de padecer trastornos psiquiátricos (principalmente ansiedad y depresión) o de comportamiento (agresión, incumplimiento de las normas, etc.), respecto a pares de su edad. Las alteraciones conductuales son aún más frecuentes en los pacientes con algún grado de discapacidad.

El impacto en la familia y el entorno más cercano también está ampliamente descrito<sup>(18)</sup>. Generalmente hay una reducción de los contactos sociales y la actividad fuera del hogar, además de otros factores que incrementan el riesgo de patología psicológica en padres y hermanos. Aproximadamente 1/3 de las madres presentan síntomas depresivos, mientras que en padres en algunos estudios prevalecen los síntomas relacionados con el estrés.

Se correlaciona un mayor riesgo de desarrollo de patología mental en pacientes con déficits en estrategias de afrontamiento respecto a cuestiones relacionadas con su condición crónica de salud. La búsqueda de autonomía propia de este periodo y el incremento de independencia respecto a sus padres o cuidadores se ve limitada en estos pacientes por la necesidad de mantener una adherencia a un tratamiento o la capacidad de comprensión de las limitaciones que van a condicionar el día a día. El grado de autonomía que alcanzan estos pacientes dependerá de la capacidad de autocuidado que desarrollen.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), previamente introducida, tiene que ver con la influencia del estado de salud y su relación con los cuidados sanitarios con la capacidad del individuo para mantener las actividades y la relación con el entorno social esperadas<sup>(13)</sup>. Cada vez es más frecuente tener en cuenta la CVRS como una variable en la evolución de una patología crónica y cualquier terapia/tratamiento introducido. Muchos de ellos, sobre todo en pacientes con discapacidad y enfermedades que no tienen un objetivo curativo, tendrán objetivos relacionados con las actividades cotidianas del paciente y la familia. Algunos de estos objetivos pueden ser; poder sentarse en la silla en un paciente con parálisis cerebral infantil; o control puntual del dolor para la realización de una actividad en la escuela, por ejemplo. Debemos tener en cuenta que la valoración de la calidad de vida tiene un importante componente subjetivo. Hay diferencias en la percepción del impacto de la enfermedad en esta entre sanitarios y pacientes y, en ocasiones, entre estos y sus propios padres.

**Los pacientes que asocian algún grado de discapacidad a su condición crónica de salud presentan un riesgo incrementado de conductas de riesgo, así como limitaciones para la integración comunitaria**

**Diversos estudios muestran un riesgo 2-3 veces mayor en adolescentes con condiciones crónicas de salud de padecer trastornos psiquiátricos**

**La calidad de vida tiene que ver con la influencia del estado de salud y su relación con los cuidados sanitarios**

La herramienta con mayor capacidad para mejorar la calidad de vida de estos pacientes e, incluso, alcanzar algunos resultados clínicos era el fomento del autocuidado

Un metaanálisis llevado a cabo por Tsai *et al.*<sup>(20)</sup>, que investigó diferentes modelos de cuidado en patología crónica, mostraba que la herramienta con mayor capacidad para mejorar la calidad de vida de estos pacientes e, incluso, alcanzar algunos resultados clínicos era el fomento del autocuidado. Es en la adolescencia, en transición hacia la vida adulta, cuando se adquiere principalmente esta capacidad. Para fomentar su desarrollo es importante tener en cuenta fundamentalmente 3 factores<sup>(21)</sup>: conocer el desarrollo cognitivo y emocional del paciente, valorar el rol de éste con su familia y su participación en la comunidad, y facilitar medios de afrontamiento respecto a problemas relacionados con la patología, fomentando el interés del paciente y haciéndole partícipe de la información de una manera adaptada.

El autocuidado incluye una serie de comportamientos en relación con la condición crónica de salud. Estos determinarán la capacidad del individuo para mantener una cierta autonomía en actividades de su vida diaria, como la administración de medicación, reconocimiento de problemas, evitación de desencadenantes, etc. A la hora de evaluarlo, se debe tener en cuenta (Figura 2), por un lado, la competencia individual del paciente para desarrollar una determinada actividad en relación con la complejidad de ésta y, por otro, los factores del entorno que pueden influir en su desarrollo. Será fundamental, por tanto, tener presente la diferencia entre la *capacidad* del paciente de realizar una determinada acción con respecto al rendimiento (o la *posibilidad*) al llevarla a cabo, que estará relacionada con el contexto<sup>(22)</sup>. Además, generalmente, en los niños y adolescentes, se va a tratar no tanto de autocuidado sino de cuidado compartido con padres y/o cuidadores.

El desarrollo personal de la competencia en el autocuidado va a dotar a los adolescentes de una mayor responsabilidad y posibilidad de participación en la toma de decisiones. De hecho, una barrera frecuentemente encontrada a la hora del fomento de la autonomía del paciente adolescente puede ser la incapacidad para imaginarse, de manera abstracta, en una vida adulta de manera independiente. Su inclusión en la comunidad y su deseo de pertenencia a un grupo fuera de la familia puede influir positivamente a la hora del desarrollo de capacidades de autocuidado que determinarán una mejoría en su calidad de vida.

Figura 2. La capacidad física derivada del grado de afectación de una condición de salud crónica se relaciona con el medio en el que se desarrolla el adolescente. Ambos determinarán el potencial grado de autonomía de estos pacientes y su autocuidado. Esta última cuestión mejorará la percepción de su calidad de vida de cara a la vida adulta.

## Legal

### Menor maduro

La mayoría de edad legal en España está establecida en los 18 años. La mayoría de edad sanitaria se fijó en los 16 años

La mayoría de edad legal en España está establecida en los 18 años según lo expuesto en el artículo 315 del Código Civil. Sin embargo, la mayoría de edad sanitaria se fijó en los 16 años en la ley 41/2002, de 14 de noviembre, relativa a la autonomía del paciente. También se encuentra recogida en el Código Civil, en concreto en el artículo 663, la edad mínima para la realización de testamento, que son los 14 años. Esta disparidad de números puede advertir que el establecimiento de la mayoría de edad es poco preciso. Incluso la mayoría de edad varía entre países<sup>(23)</sup>.

Es importante entender que la adolescencia es un proceso de transición a muchos niveles, pero también de autonomía y capacidad. Se transita desde la capacidad y la autonomía reducidas presupuestas a los niños hasta un reconocimiento pleno de ambas a los adultos. Esta adquisición es progresiva y está determinada por distintos factores, como los acontecimientos vitales previos o los valores promovidos por las familias. Dado que son progresivas y de causa multifactorial es razonable pensar que cada individuo la adquiere en un momento distinto y que no siempre coincide con el momento fijado por las autoridades<sup>(24)</sup>.

Menor maduro: "aquel menor que puede dar su consentimiento para recibir asistencia médica cuando es capaz de tomar decisiones racionales"

En relación con esto, en la segunda mitad del siglo XX en los Estados Unidos y Canadá se empezó a acuñar el término de "menor maduro". Éste fue definido por la Academia Americana de Pediatría (AAP) en 1973 como "aquel menor que puede dar su consentimiento para recibir asistencia médica cuando es capaz de tomar decisiones racionales y dicha asistencia puede verse comprometida por el hecho de informar a los padres"<sup>(25)</sup>.

A partir de los 12 años se empieza a detectar en algunos individuos cierta madurez para la toma de decisiones de forma autónoma. Entre los 12 y los 16 años, momento en el que se concede la



capacidad de decisión sanitaria por ley, se tendrá que evaluar de manera individualizada la autonomía, aunque no existen herramientas estandarizadas para ello. Para esta evaluación se tendrá en cuenta no solo aspectos del paciente en cuanto a comprensión, valores y capacidad de raciocinio sino también factores externos como la envergadura de la decisión, la ausencia de coacción o influencia externa y la información proporcionada<sup>(26)</sup>.

Es importante tener en cuenta que, a partir de los 16 años, aunque se presupone la capacidad de toma de decisiones autónomas en salud, esta puede ser retirada de manera legal si la persona no presenta las condiciones mínimas para ejercer ese derecho, incluso de manera temporal.

## Toma de decisiones

La toma de decisiones es definida por UNICEF como “un proceso sistemático de elección entre un conjunto de alternativas con base en criterios específicos y en la información disponible”.

Es importante recordar que, demostrada o no la capacidad de toma de decisiones, hay dos aspectos que deben prevalecer: el interés superior del menor y su derecho a la información. Ambos son especialmente relevantes en los menores con discapacidad, en los que es difícil demostrar su autonomía, pero en los que se tendrá que valorar siempre. En la medida de lo posible se les informará de manera adaptada y se tendrá en cuenta su trayectoria de enfermedad y las opiniones que puedan expresar a la hora de tomar decisiones por representación. A partir de los 12 años se valora su asentimiento a las decisiones de terceros, aunque para el consentimiento propio y no por representación se habrá de demostrar la capacidad individual<sup>(23-26)</sup>.

La recomendación actual es la toma de decisiones compartida entre los pacientes y los profesionales sanitarios, de acuerdo con el principio de autonomía. Este modelo tiene múltiples efectos positivos descritos, como son la adherencia al tratamiento o el empoderamiento en salud. Como ya se ha expuesto previamente, los pacientes adolescentes con patologías crónicas tienen conductas de riesgo respecto a su enfermedad, por lo que la toma de decisiones compartida psicológica y cognitivamente adaptada es especialmente importante en esta población. En el proceso deliberativo será especialmente relevante informar y aconsejar teniendo en cuenta que algunos adolescentes tienden a una visión cortoplacista, extrema y cambiante que puede guiar sus decisiones<sup>(27)</sup>.

Hay que tener en cuenta que tanto en los menores en los que no se demuestre la capacidad como en los mayores de edad incapacitados la toma de decisiones se realizará por representación. Una persona cercana al individuo tomará las decisiones junto con el equipo sanitario.

En los individuos con discapacidad otro concepto importante es la toma de decisiones asistida, amparada por la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas. Aunque no hay un modelo universalmente aceptado se basa en los siguientes preceptos:

- Respeto de los derechos humanos y la ley internacional.
- Garantía de autonomía, con respeto de las voluntades del paciente sobre el mejor interés establecido por otras personas.
- Elección libre tanto rechazo como aceptación en cualquier momento.
- Dotación de información veraz y adaptada al paciente.
- Asistencia adaptada al paciente y al momento de evolución.
- Posibilidad de recibir o rechazar la asistencia en la toma de decisiones.
- Ausencia de conflicto de interés y coacción, con participación activa de la familia.
- Creación de redes de soporte basado en la comunidad.
- Valoración periódica por organismo externo imparcial.
- Asunción de riesgos asociados a las decisiones.

En resumen, la toma de decisiones asistida se basa en la creación de redes de apoyo, en el suministro de la información adecuada, en el respeto a las personas y sus derechos y en la previsión anticipada<sup>(28)</sup>.

**El interés superior del menor y su derecho a la información, son especialmente relevantes en los menores con discapacidad**

**La recomendación actual es la toma de decisiones compartida entre los pacientes y los profesionales sanitarios, de acuerdo con el principio de autonomía**

# Transición

Uno de los eventos clave en el manejo médico de los adolescentes con condiciones crónicas es la transición.

**La transición es: “un proceso dinámico, para toda la vida, y cuyo objetivo es satisfacer las necesidades individuales en el paso de la infancia a la edad adulta”**

La transición de los jóvenes adultos con necesidades especiales fue definida por la AAP en 2002 como “un proceso dinámico, para toda la vida, y cuyo objetivo es satisfacer las necesidades individuales en el paso de la infancia a la edad adulta”. La transición se basa en el empoderamiento en salud de los adolescentes y jóvenes adultos con condiciones crónicas para que puedan hacerse cargo de su propia salud, de los tratamientos y del uso de los distintos recursos sanitarios. Además, al ser una circunstancia dinámica permite la preparación y adaptación progresivas tanto del paciente como de su familia al nuevo ambiente sanitario<sup>(10, 30-32)</sup>.

Es importante destacar que la transición no es un hecho transversal, sino longitudinal. Comprende seis etapas bien definidas por la AAP en 2018 y desarrolladas posteriormente por *Got Transition*, el programa de la *National Alliance to Advance Adolescent Health* de Estados Unidos para la transición (Tabla II). Idealmente este proceso debe finalizar antes de los 22 años<sup>(31,32)</sup>.

Pese a que el concepto de transición se ha desarrollado de manera extensa en las últimas dos décadas, dista mucho de ser aplicada de manera extensa y homogénea. Esto se debe a la diversidad de los pacientes y de los recursos disponibles.

Se han descrito diversas barreras para la transición tanto por parte de los profesionales sanitarios y el sistema como de los pacientes y sus familias. Los principales obstáculos referidos son: las relaciones con los nuevos y antiguos profesionales, miedo al cambio, falta de formación de profesionales y pacientes, dificultad para el acceso a los recursos sanitarios y prejuicios hacia el resto de los sujetos de la relación<sup>(33)</sup>.

La discapacidad influye de manera importante en el proceso de transición. Según el grado de discapacidad se puede ver mermada e incluso imposibilitada la capacitación del adolescente para el manejo de su propia salud, hecho cardinal en la fase de transición. En caso de que no sea posible la transición directamente con el paciente, los cuidadores principales serán los interlocutores en representación<sup>(30)</sup>.

Las dificultades para realizar la transición en los adolescentes con discapacidad podrían explicar que en la edad adulta prioricen el uso de las urgencias hospitalarias frente a otros recursos y, en general, pospongan la búsqueda de atención sanitaria. Esto provoca que la atención recibida sea insuficiente, inadecuada e incluso inexistente<sup>(34)</sup>.

## Conclusiones

1. Existe una relación bidireccional entre la condición crónica de salud y el desarrollo habitual de la adolescencia. Los ámbitos en los que esta relación influye son: el biológico, el psicológico y el social.
2. La complejidad de una condición crónica de salud en el adolescente va a venir determinada no sólo por el tipo de enfermedad y su gravedad, sino también por el entorno socioeconómico en el que se desarrolla el paciente y su familia.
3. La vivencia de la enfermedad crónica en la adolescencia tiene una problemática añadida por los factores intrínsecos de esta etapa vital. La búsqueda de una mayor autonomía e independencia de los padres y cuidadores encuentra barreras relacionadas con la propia patología y su manejo sanitario (terapias, consultas, etc.).
4. Los problemas relacionados con la salud mental son más prevalentes en los pacientes con patologías complejas y/o discapacidad, así como en sus familias. Hay un incremento de patología derivada de la ansiedad y la depresión, principalmente en la etapa de la adolescencia.
5. La posibilidad de adquirir capacidades relacionadas con el autocuidado facilitará al adolescente una mayor autonomía en lo que respecta al manejo de su enfermedad. Esto mejorará la percepción de su calidad de vida.

6. La capacidad de toma de decisiones autónomas en materias de salud se establece legalmente en los 16 años. A partir de los 12 años es importante valorar esa capacidad para que los pacientes puedan otorgar asentimiento e incluso consentimiento para las distintas decisiones que se tomen.
7. En la toma de decisiones en adolescentes con condiciones crónicas y discapacidad son importantes los modelos de toma de decisiones compartida, asistida y por representación.
8. La transición sanitaria es un proceso progresivo de empoderamiento en salud del paciente adolescente con condiciones crónicas. Se han establecido 6 etapas bien definidas y con distintos objetivos para su desarrollo. Esta transición se puede ver influida por distintos factores, entre ellos la discapacidad.

## Tablas y figuras

Tabla I. Efecto bidireccional de la enfermedad crónica y la discapacidad con el desarrollo en la adolescencia<sup>(1)</sup>

Efectos de la condición en el desarrollo	Efectos del desarrollo en la condición crónica
<p><b>Biológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Pubertad retrasada</li> <li>— Estatura baja</li> <li>— Menor masa ósea</li> <li>— Desnutrición o sobrepeso</li> <li>— Teratogenia derivada de algunos fármacos<sup>(10)</sup></li> </ul>	<p><b>Biológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Incremento de las necesidades calóricas para el crecimiento puede afectar a las enfermedades</li> <li>— Descompensación de las patologías por las hormonas puberales</li> </ul>
<p><b>Psicológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Infantilización</li> <li>— Adopción de rol de persona enferma</li> <li>— Egocentrismo</li> <li>— Disminución de la sexualidad</li> </ul>	<p><b>Mala adherencia e insuficiente control de la enfermedad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Escasa habilidad para planear y usar conceptos abstractos</li> <li>— Dificultad para imaginar el futuro, únicamente el aquí y ahora</li> <li>— Rechazo de los profesionales de la salud como parte de la separación de los padres</li> <li>— Negación de la enfermedad<sup>(10)</sup></li> </ul>
<p><b>Social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Disminución de la independencia</li> <li>— Falta de desarrollo en las relaciones íntimas</li> <li>— Aislamiento social</li> <li>— Fracaso escolar y vocacional, fracaso en el desarrollo de una vida independiente</li> </ul>	<p><b>Comportamientos de riesgo asociados a la salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Malos hábitos alimentarios que conduzcan a la malnutrición</li> <li>— Hábito tabáquico, consumo de alcohol y otras drogas</li> <li>— Comportamientos sexuales de riesgo</li> </ul>

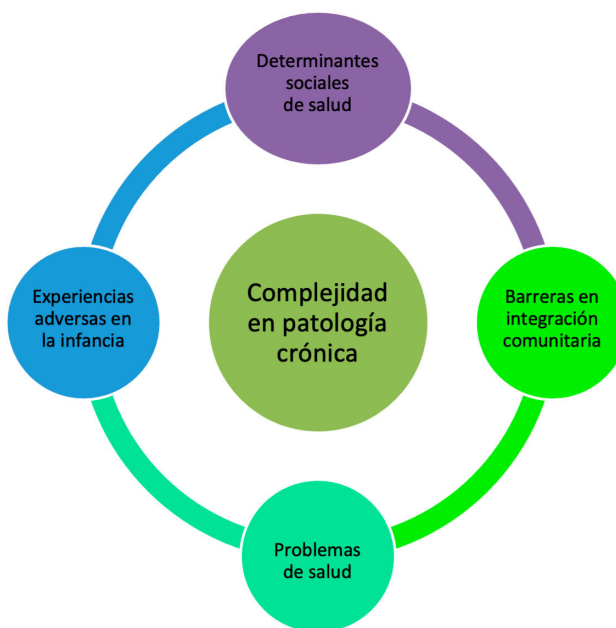
Fuente: Tabla modificada de la OMS 2007.

Tabla II. Etapas de la transición

Etapa	Edad	Objetivo
Guía de transición y atención médica	12-14 años	Elaborar el plan de transición y formar al paciente, la familia y el personal implicado.
Seguimiento y monitorización de la transición	14-18 años	Aportar las herramientas necesarias para el inicio y el seguimiento de la transición.
Preparación para la transición	14-18 años	Valorar periódicamente la preparación y disposición del paciente y su entorno para la transición.
Planificación de la transición	14-18 años	Desarrollar el plan de transición de manera individualizada (fijar objetivos, elaborar documentos de resumen, determinar el momento idóneo, etc.).
Transferencia de la atención médica	18-21 años	Iniciar citas conjuntas y compartir información sobre el paciente hasta que el médico de adultos sea el único responsable.
Finalización de la transferencia	3-6 meses tras la transición	Confirmar con el paciente, su familia y el nuevo médico responsable la ejecución de la transición y evaluar el proceso.

Adaptado de AAP y Got Transition<sup>(31-32)</sup>

Figura 1. Interacción de elementos psicosociales en la complejidad añadida a una patología crónica



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2.



Fuente: Elaboración propia.

## Bibliografía

1. Michaud PA, Suris JC, Viner R. The Adolescent with a Chronic Condition Epidemiology, developmental issues and health care provision [Internet]. 2007. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43775>.
2. Pless IB, Douglas JW. Chronic illness in childhood. I. Epidemiological and clinical characteristics. *Pediatrics*. 1971;47(2):405-14.
3. Newacheck PW, Strickland B, Shonkoff JP, et al. An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatrics*. 1998; 102:117-123.
4. Stein REK, Bauman LJ, Westbrook LE, Coupey SM, Ireys HT. Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. *J Pediatr*. 1993;122(3):342-7.
5. Halfon N, Houtrow A, Larson K, Newacheck PW. The changing landscape of disability in childhood. *Future Child*. 2012;22(1):13-42.
6. World Health Organization, World Bank. Informe mundial sobre la discapacidad. Organización Mundial de la Salud; 2011.
7. Houtrow AJ, Larson K, Olson LM, Newacheck PW, Halfon N. Changing trends of childhood disability, 2001-2011. *Pediatrics*. 2014;134(3):530-8.
8. Jin M, An Q, Wang L. Chronic conditions in adolescents. *Exp Ther Med*. 2017;14(1):478-482.
9. Cieza A, Kamenov K, Sanchez MG, Chatterji S, Balasegaram M, Lincetto O, et al. Disability in children and adolescents must be integrated into the global health agenda. *BMJ*. 2021;372: n9.
10. Salmerón Ruiz MA, Rivero JC, Guerrero Alzola F. Problemas de salud en la adolescencia. *Patología crónica y transición. Introducción y definiciones. Pediatr Integral*. 2017; XXI (4): 245-253.
11. Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child*. 2004;89(10):938-942.
12. Akre C, Suris JC. From controlling to letting go: What are the psychosocial needs of parents of adolescents with a chronic illness? *Health Educ Res*. 2014;29(5):764-72.
13. Galán IR, Cereceda MT. Calidad de vida de los adolescentes con enfermedades crónicas. *Adolescercere* 2022; X(2)34-44.
14. Mattson G, Kuo DZ. Psychosocial factors in children and youth with special health care needs and their families. *Pediatrics*. 2019;143(1).
15. Denny S, De Silva M, Fleming T, Clark T, Merry S, Ameratunga S, et al. The prevalence of chronic health conditions impacting on daily functioning and the association with emotional well-being among a national sample of high school students. *J Adolesc Heal [Internet]*. 2014;54(4):410-5.
16. Houtrow A. Participation of Children with Special Health Care Needs in School and the Community. *Acad pediatr*. 2018;176(1):139-48.
17. LeBlanc LA, Goldsmith T, Patel DR. Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2003;50(4):859-78.
18. Lacomba-Trejo L, Valero-Moreno S, Montoya-Castilla I, Pérez-Marín M. Psychosocial Factors and Chronic Illness as Predictors for Anxiety and Depression in Adolescence. *Front Psychol*. 2020;11(September):1-9.
19. Adams JS, Chien AT, Wisk LE. Mental illness among youth with chronic physical conditions. *Pediatrics*. 2019;144(1):1-9.

20. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care*. 2005;11(8):478-88.
21. Turkel S, Pao M. Late Consequences of Chronic Pediatric Illness. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30(4):819-35.
22. Lozano P, Houtrow A. Supporting self-management in children and adolescents with complex chronic conditions. *Pediatrics*. 2018;141(Supplement\_3):S233-41.
23. Veito Villar M. Aspectos éticos y legales en la adolescencia. Del menor maduro al adulto autónomo. *Adolescere*. 2022; X(3): 129-34.
24. Couceiro, A. El menor maduro. Cinco aproximaciones a un perfil poliédrico. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad; 2019.
25. Daniel WA, Rigc CA. An alternative model act providing for consent of minors for Health Services. *Pediatrics*. 1973; 52(5): 750.
26. Boceta R, Martínez-Casares O, Albert M. El consentimiento informado en el Menor Maduro: Comprensión y Capacidad de Decisión. *An Pediatr*. 2021; 95(6): 413-22.
27. Krockow EM, Riviere E, Frosch CA. Improving shared health decision making for children and adolescents with chronic illness: A narrative literature review. *Patient Educ Couns*. 2019; 102(4): 623-30.
28. European Network of National Human Rights Institutions. Implementing supported decision-making. Developments across Europe and the role of National Human Rights Institutions. 2020. Disponible online en: <https://ennhri.org/wp-content/uploads/2020/06/8-June-2020-Implementing-supported-decision-making-Developments-across-Europe-and-the-role-of-NHRIs.pdf>.
29. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. A consensus statement on Health Care Transitions for young adults with special health care needs. *Pediatrics*. 2002; 110(Supplement\_3): 1304-6.
30. Climent FJ, Albajara LA, García M, Escosa L, Rodríguez A. Protocolo de transición del niño con patología crónica compleja. En: Navarro Torres M, Jara Vega P, eds. *Transición de niño a adulto. ¿Cómo podemos ayudarles?* Madrid: Ergon S.A.; 2018. p. 134-143.
31. White Ph, Cooley WC, Transitions Clinical Report Authoring Group, American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians et al. Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2018; 142(5):1-20.
32. Got transition ®. Disponible en : <http://www.gottransition.org/>. Accedido el 10 de enero de 2023.
33. Gray WN, Schaefer MR, Resmini-Rawlinson A, Wagoner ST. Barriers to transition from pediatric to adult care: A systematic review. *J Pediatr Psychol*. 2018; 43(5): 488-502.
34. Verlenden JV, Zablotsky B, Yeargin-Allsopp M, Peacock G. Healthcare access and utilization for young adults with disability: U.S., 2014-2018. *J Adolescent Health*. 2022; 70(2), 241-48.

## Bibliografía recomendada

- Michaud PA, Suris JC, Viner R. The Adolescent with a Chronic Condition Epidemiology, developmental issues and health care provision [Internet]. 2007. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43775>.
- Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo; 2006. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>.
- Galán IR, Cereceda MT. Calidad de vida de los adolescentes con enfermedades crónicas. *Adolescere*. 2022;X(2)34-44.
- Mattson G, Kuo DZ. Psychosocial factors in children and youth with special health care needs and their families. *Pediatrics*. 2019;143(1).
- Got Transition®. Disponible en: <http://www.gottransition.org/>.

## PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. Con relación a la definición de “condición crónica” propuesta por Stein et al. Señala la respuesta FALSA:**
  - a) Tiene en cuenta la esfera biológica, psicológica y cognitiva.
  - b) Es sinónimo a enfermedad crónica.
  - c) La duración mínima es de 12 meses.
  - d) Tiene en cuenta la limitación de la funcionalidad.
  - e) Engloba la discapacidad.
  
- 2. Roberto tiene 15 años, padece parálisis cerebral secundaria a una encefalopatía hipóxico-isquémica en el momento del parto. ¿Qué condicionantes debemos tener en cuenta para valorar la complejidad de su condición crónica?**
  - a) El número de dispositivos tecnificados que requiere.
  - b) El nivel socioeconómico de sus padres.
  - c) El grado de afectación motora de Roberto.
  - d) A y C son ciertas.
  - e) Todas son ciertas.
  
- 3. En relación con el autocuidado en los adolescentes con condiciones crónicas de salud, señale la que considera MENOS CIERTA:**
  - a) Para evaluar su competencia habrá que tener en cuenta sus capacidades cognitivas para llevar a cabo las acciones requeridas.
  - b) Va a facilitar su integración en la comunidad y la relación con sus iguales.
  - c) Va a influir en mejorar su calidad de vida.
  - d) Será un concepto para tener en cuenta a la hora de realizar la transición a la vida adulta y los cuidados sanitarios correspondientes.
  - e) Si el adolescente muestra en la consulta la capacidad para realizar una acción debemos fomentar su desarrollo, en cualquier caso.
  
- 4. En cuanto a los conceptos de menor maduro y mayoría de edad, señale la opción VERDADERA:**
  - a) La mayoría de edad legal se establece en los 18 años a nivel mundial.
  - b) La mayoría de edad legal y la mayoría de edad sanitaria son iguales en España.
  - c) El término “menor maduro” se acuñó en Europa a principios del siglo XX.
  - d) Con la mayoría de edad se reconoce la capacidad para la toma de decisiones autónomas, salvo incapacitación.
  - e) Aunque exista el término de “menor maduro”, a nivel legal no tiene aplicabilidad porque ningún menor de edad tiene capacidad de decisión.
  
- 5. Sobre la transición de los adolescentes y jóvenes adultos con condiciones crónicas, señale la respuesta FALSA:**
  - a) Es un proceso que comprende seis etapas establecidas por la AAP cada una de ellas con objetivos propios.
  - b) Se basa en el autocuidado y el empoderamiento en salud de los pacientes.
  - c) Es un momento puntual e irrelevante en la vida de estos pacientes.
  - d) Se realizará con los cuidadores en caso de que no sea posible con el paciente.
  - e) Existen barreras para este proceso tanto por parte del paciente y su entorno como por el personal y el sistema sanitario.

Respuestas en la página 114

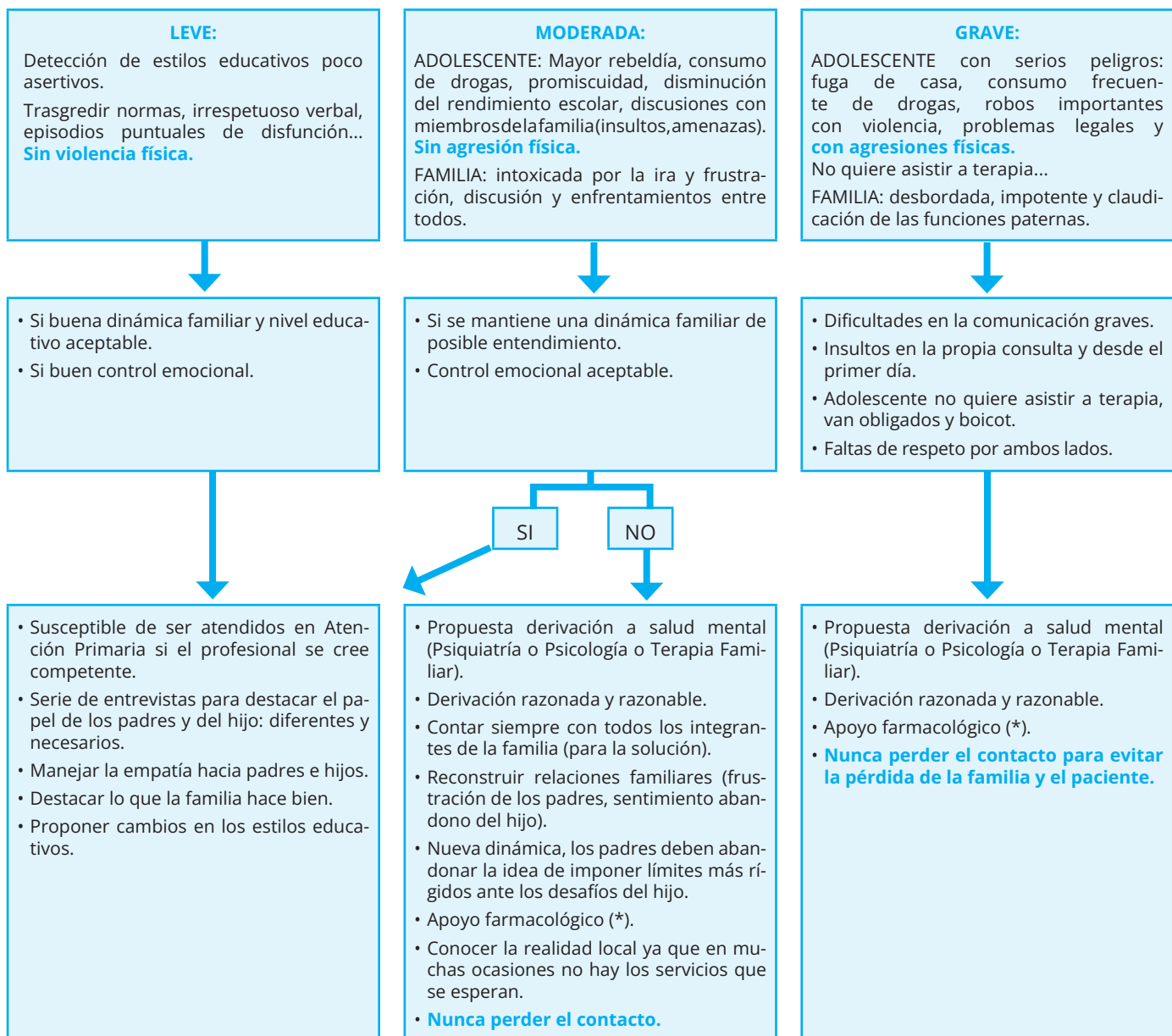
## Intervención ante conductas problemáticas de los adolescentes con sus familias

Comité Editorial de Adolescere

Fecha de recepción: 31-01-2023

Fecha de publicación: 28-02-2023

Adolescere 2023; XI (1): 86



(\*). En casos de comorbilidad (TDAH, consumos varios, negativistas desafiantes, depresiones larvadas, trastornos de personalidad...).

## Bibliografía

1. JA Ríos Gonzalez. *Manual de Orientación y Terapia Familiar* Editorial ACCI 3º Ed. España. 2014 ISBN: 9788415705000.
2. G Feixas Viaplana, D Muñoz Cano, V Compañ Felipe, A Montesano del Campo. *EL Modelo sistémico de la intervención familiar*. Universidad de Barcelona 2016. Disponible en: [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo\\_Sistemico\\_Enero2016.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero2016.pdf).



# Duelo amoroso

**L. Rodríguez Molinero.** Doctor en Medicina. Pediatra acreditado en Medicina del Adolescente por la AEP. Centro Médico Recoletas La Marquesina. Valladolid.

**Fecha de recepción:** 17-12-2022

**Fecha de publicación:** 28-02-2023

Adolescere 2023; XI (1): 87-93

## Resumen

Los afectos en la adolescencia constituyen una parte importante de su salud y su bienestar. Pueden dar mucha felicidad y también hacer sufrir. La intención de este caso clínico es comentar como un adolescente descubre el amor por primera vez y cómo podemos ayudar a interpretar este fenómeno psicológico para evitar, en caso de fracaso, la presencia de un duelo que altere la paz psicológica del adolescente y de su entorno, generando angustia, somatizaciones y sufrimiento.

**Palabras clave:** *Afectos; Deseo; Atracción; Enamoramiento; Duelo.*

## Abstract

Affections in adolescence are an important part of their health and well-being. They can bring a lot of happiness and can also cause suffering. The intention of this clinical case is to comment on how an adolescent discovers love for the first time and how we can help to interpret this psychological phenomenon in order to avoid, in case of failure, the presence of grief that alters the psychological peace of the adolescent and his environment, generating anguish, somatization and suffering.

**Key words:** *Affections; Desire; Attraction; Falling in love; Grief.*

## Motivo de consulta

“Juan” tiene 17 años y acude acompañado de su padre porque desde hace varias semanas duerme poco y mal, necesitando tomar melatonina (automedicado por la familia) sin notar mejoría.

## Antecedentes

Es el primer hijo de dos, tiene un hermano de 15 años. Los padres están separados desde hace varios años, mantienen buena relación entre ellos y no refieren conflictos. Tienen estudios superiores y actualmente tienen trabajo.

El **embarazo** controlado. **Parto** por ventosa, a término, peso al nacer adecuado a su edad de gestación. Lactancia materna 5 meses.

Desarrollo psicomotor normal. Calendario vacunal oficial completo.

En el **jardín de infancia** destacaba por “altas capacidades”, las cuales se han venido manifestando en la enseñanza primaria y secundaria. Siempre ha estado en el mismo colegio. Actualmente estudia 1º de BUP en un colegio especial de “excelencia académica”. Juan es un muchacho inteligente y con proyectos futuros ambiciosos. Parece tímido y callado, no habla fácilmente, la entrevista está llena de silencios que se acompañan de llanto contenido. Lleva mascarilla (por la pandemia) que debe retirar con frecuencia para secar las lágrimas. Hace varios deportes y compete. Entrena dos días a la semana y un partido los domingos.

Estilo educativo familiar democrático y asertivo. Dinámica familiar buena donde todos los miembros se encuentran a gusto. No hay antecedentes familiares ni personales de interés.

## Proceso actual

“Juan” tenía una relación afectiva con una compañera de clase desde hace 10 meses y en las últimas semanas ha cesado. Reconoce que la echa de menos, no puede dejar de pensar en ella y le produce mucha tristeza. No puede soportar pensar que su “novia” ya no le corresponde como antes. Le dice que debe resolver “sus problemas” y eso le produce mucha tristeza. Se siente enamorado.

Juan sigue haciendo su vida normal, aunque reconoce que su rendimiento ha bajado, algo que los profesores no perciben. Mantiene los amigos y las redes sociales de siempre. No puede soportar la ausencia de su “novia” que además la ve todos los días porque están en la misma aula. Juan sufre y su padre lo percibe. No ha perdido el apetito, come como siempre, no ha perdido peso y reconoce que no disfruta de las cosas como antes. Sus prácticas sexuales se limitaban a caricias, besos y abrazos. Describe su relación amorosa llena de pasión e intimidad, pero “poco” compromiso. Es la primera vez que Juan siente este deseo, atracción y enamoramiento por una chica.

## Entrevista a solas (sin residente ni estudiantes)

Cuando se trata de asuntos muy íntimos en que al adolescente le cuesta expresar sus sentimientos ya sea por pudor o por vergüenza, procuramos que no haya otras personas en la consulta para facilitar la relación y la comunicación.

Juan es de **carácter** reservado, poco hablador, tímido, le cuesta expresar lo que siente: la entrevista es lenta con grandes silencios, con momentos en que llora y se quita la mascarilla protocolaria para secarse las lágrimas.

**En casa.** Colabora en tareas domésticas. Ordenado. No hace uso excesivo de las nuevas tecnologías de la comunicación, ni siquiera con videojuegos. Buena relación con el progenitor con el que vive. Estilo educativo tolerante, asertivo y respetuoso.

**En el colegio.** Excelentes resultados escolares.

**Ocio y tiempo libre.** Le gusta la lectura y la música. Hace deporte y entrena dos días a la semana más el partido del domingo. Usa las redes sociales discretamente. Tiene amigos con los que sale y se divierte, aunque en los últimos meses sale menos.

**Estado de ánimo** con tendencia a la tristeza por su situación amorosa. A veces piensa en morirse si las cosas no se solucionan como le gustaría, pero, no lo haría nunca.

**Pensamientos** negativos constantes sobre si mismo, con baja autoestima y sentimiento de desgracia. Piensa mucho en cómo recuperar la relación amorosa o por qué ha pasado este final “con lo bonito que era”. En ocasiones celos de pensar en la posibilidad de otra persona. Juan tiene escritos íntimos como liberación y catarsis que me ha enseñado y entrecomillo en este relato.

Está satisfecho con su **figura corporal**.

## Se practican varios cuestionarios

1. Test de apgar familiar: que refleja buena red familiar, aceptable participación en tiempo y espacio con la familia, dificultades para expresar sentimientos y sus problemas.
2. Cuestionario de habilidades y dificultades (SDQ): dificultades para expresar emociones, tiene miedos, preocupaciones y tristeza.
3. Cuestionario de depresión infantil: puntuación por debajo del punto de corte. Ítem sobre autolisis “pienso en matarme, pero no lo haría nunca”.
4. Escala de ideación suicida de Paykel: tres sobre cinco ítems.

## Juicio clínico

Duelo amoroso.

## Discusión

Pocas veces se comentan los afectos sexuales (AS), el deseo, la atracción y el enamoramiento, en revistas científicas relacionadas con la salud. Es como si no tuvieran importancia. Sin embargo, son muy frecuentes en los medios de comunicación que son más sensibles a los temas íntimos. Y en la práctica no son situaciones nada raras. Los afectos en la adolescencia constituyen una parte importante de su salud y su bienestar. Pueden dar mucha felicidad y también hacer sufrir. La intención de este caso clínico es comentar como un adolescente descubre el amor por primera vez y como podemos ayudar a interpretar este fenómeno psicológico para evitar, en caso de fracaso, la presencia de un duelo que altere la paz psicológica del adolescente y de su entorno, generando angustia, somatizaciones y sufrimiento, como bien expresan las frases destacadas de su autoregistro.

Los AS, son actitudes vitales que en la adolescencia son fuente de satisfacción y de dolor. El deseo sexual nos impulsa a la búsqueda y al encuentro del otro. La atracción, selecciona con quien satisfacer ese deseo. Y el enamoramiento afianza la relación y facilita otros vínculos sociales. Los AS son vividos como una dependencia emocional deseada que genera sentimientos de posesión, entrega y exclusividad.

### El enamoramiento

El enamoramiento es un proceso psicológico que afecta a todas las edades y sucede en todas las sociedades conocidas. En nuestra cultura tenemos muchas expresiones para denominar este estado: pasión, ceguera, locura, encantamiento amoroso... No son raros calificativos negativos, que molestan a los adolescentes porque les impiden disfrutar y descubrir el amor como las generaciones anteriores lo hicieron. Lo mismo sucede entre los profesionales que banalizan y muestran poca empatía con ellos o ellas.

El enamoramiento como circunstancia fisiológico-social de carácter universal produce una activación cerebral y "la producción de algunas sustancias como la dopamina y su derivado la norepinefrina, así como la serotonina y la oxitocina, aumentan su producción. Son la respuesta del cerebro y toda la fisiología corporal, para poner en estado de alerta y máximo rendimiento al organismo, porque la persona que se enamora sabe y siente que se juega muchísimo. Estas sustancias aumentan la capacidad de atención, concentración y motivación. La activación es tal que provoca una sensación de exceso de vitalidad y energía. Puede provocar insomnio, euforia y una frenética actividad mental, emocional y motora. La persona enamorada se siente desbordada por la felicidad o el sufrimiento, según vaya el proceso. Aceleración del pulso, sensación de opresión o estallido del pecho, ganas de llorar o cantar, hipertensión muscular, tendencia a la hiperactividad, temblores y dificultad para controlar las emociones y las respuestas fisiológicas"<sup>(1)</sup>.

*"Te amo profundamente" "to the edge of the world I would go if you only asked me to. And wish you would. I wish that you would".*

*"Nada más me importa ahora, nada ni nadie más que tú. Nada ni nadie más que nosotros".*

El enamoramiento genera conductas cuyo fin es la perpetuación de ese estado para que no desaparezca. Busca la cercanía y proximidad de los enamorados. Induce comportamientos y actitudes que potencian otros afectos sociales, el apego, la amistad y el altruismo.

Pero, ¿qué sucede cuando el amor no es correspondido, desaparece o se termina? Empieza el dolor, el sufrimiento y el duelo de lo perdido. Cambia la respuesta mental y fisiológica: la pena, la tristeza y la duda de por qué me ha pasado a mí. Algunos adolescentes lo expresan muy bien y no saben como reaccionar, sintiendo que la vida ya no vale la pena. Es el fracaso amoroso.

*"El mundo se me ha venido encima, no voy a ocultarlo. No voy a negarlo. Cuando me dejaste, fue como si un piano cayese sobre mí y me rompiese todos los huesos del cuerpo".*

### El enamoramiento en la adolescencia

El enamoramiento es vivido como una experiencia sorprendente que genera dudas, miedos, conflictos, celos, obsesiones y ansiedad. La educación afectiva y sexual (EAS)<sup>(2)</sup> tiene por objeto la educación de los afectos (deseo, atracción y enamoramiento) con el fin de enseñar costumbres, hábitos y valores para la salud y ayudar a interpretar estas situaciones. Se trata de ser positivos y que descubrir los AS es una de las experiencias más gratificantes de la vida y más en un adolescente.

**El deseo sexual nos impulsa a la búsqueda y al encuentro del otro. La atracción, selecciona con quien satisfacer ese deseo. Y el enamoramiento afianza la relación y facilita otros vínculos sociales**

**La educación afectiva y sexual tiene por objeto la educación de los afectos (deseo, atracción y enamoramiento) con el fin de enseñar costumbres, hábitos y valores para la salud y ayudar a interpretar estas situaciones**

La EAS debe advertir de los diferentes modelos sociales de realizar los afectos sexuales, y evitar los errores represivos del pasado (erotofobia) y los riesgos de los nuevos modelos del presente (banalización de la sexualidad) o bien las diferentes formas de entender las relaciones amorosas de los adolescentes. Con ello se evitarían sufrimientos innecesarios.

Cuando no existe una educación sexual adecuada, muchos adolescentes (y también adultos) confunden los afectos sexuales, no distinguen el deseo del enamoramiento ni de la atracción y dan paso a errores en la comunicación amorosa.

Un riesgo a considerar es el aislamiento social que supone prescindir de otros recursos sociales, amigos y asociaciones.

“La mayoría de adolescentes, con tensiones, dudas, confusiones y problemas, acaban socializándose bien. Y serían más, si la familia, la escuela, los sanitarios y la comunidad les comprendieran, ayudaran, y enseñaran a ser autónomos, felices y responsables”<sup>(1)</sup>.

### Consecuencias del fracaso amoroso (Tabla I)<sup>(3,4)</sup>

La ruptura de pareja puede considerarse una situación - evento estresante y como tal expone al ser humano a una presión al límite de lo patológico. La RAE define el “estrés” “la situación de un individuo o de alguno de sus órganos o aparatos que, por exigir de ellos un rendimiento superior al normal, los pone en riesgo próximo de enfermar”<sup>(5)</sup>.

Las consecuencias de la rotura amorosa en adolescentes van a depender del género, la personalidad y de los estilos de (apego) vinculación<sup>(6)</sup>. En muchas ocasiones se tienen recursos suficientes para afrontarlo. Pero en otras no, por eso la familia, los amigos y otros apoyos sociales son necesarios. En alguna ocasión es imprescindible la ayuda de profesionales con preparación en el tema.

Díaz-Loving, Valdez y Pérez (2005) demuestran que los varones y las mujeres responden con diferentes reacciones emocionales ante las rupturas amorosas. Los varones presentan ira, humillación y decepción. Mientras que las mujeres reaccionan con sentimientos de malestar, sensación de haber sido utilizadas, tristeza y depresión<sup>(6)</sup>.

### ¿Qué hacer en la práctica clínica?

Así como la carencia de Educación Afectiva y Sexual (EAS) en la población se vienen denunciando desde hace décadas, las carencias formativas en la profesión sanitaria son patentes. Afortunadamente, cada vez hay mayor sensibilidad a estos temas íntimos que desde el modelo asistencial bio-psico-social ha descubierto como necesarios y que la población agradece su contemplación en la consulta. Todo aquello que haga sufrir al ser humano es un objetivo de nuestra profesión. Cuando hablamos de adolescentes aún más ya que su inmadurez física, mental y social impide en muchas ocasiones la superación de una situación que altera tanto su bienestar y la de su entorno.

Formación continua de los profesionales nos compromete a estar al servicio de los problemas que los pacientes nos plantean y para eso precisamos una formación continuada. La sociedad cambia y la forma de enfermar también. Los conocimientos adquiridos en los años universitarios pueden quedar obsoletos si no vamos a la par que los cambios sociológicos, las costumbres y sus valores. Igual que nos interesamos en el conocimiento de las técnicas nuevas, deberíamos ser ambiciosos en la adquisición de las humanidades. No es cuestión de ser especialistas, sino en conocer más y mejor el alma humana. Y cuando se trata de adolescentes, si esto no lo tenemos en cuenta, dejaremos de serles útiles.

Existen muchas formas de entender y ayudar a los adolescentes en situación de sufrimiento por daño amoroso (Tabla II)<sup>(3)</sup>. López publica unas recomendaciones para los profesionales de la salud orientadas a ayudar a solventar los problemas derivados de la pérdida amorosa (Tabla III)<sup>(1)</sup>.

En este caso, mi intención es abordarlo con criterios basados en la teoría del constructivismo en psicología.

El constructivismo es una teoría que parte de la base que el ser humano construye su vida en relación a sus propias experiencias vitales. Así, el duelo es interpretado como una reconstrucción de la pérdida, donde el género y la cultura ayudan a la aceptación de la pérdida y el mantenimiento de las relaciones sociales. (Barreto & Soler 2007)<sup>(4)</sup>. Neimeyer describe algunas de las técnicas usadas en este caso: relatos biográficos, cartas dirigidas al ausente, diarios, dibujos e imágenes, objetos de vinculación, rituales, etc. (Tabla IV)<sup>(4,7)</sup>.

Ante una ruptura amorosa los varones presentan ira, humillación y decepción. Mientras que las mujeres reaccionan con sentimientos de malestar, sensación de haber sido utilizadas, tristeza y depresión

Los profesionales deben realizar formación continua en humanidades a la par que los cambios sociológicos, las costumbres y sus valores para ayudar a los adolescentes

## Tablas y figuras

Tabla I. Manifestaciones del duelo

Cognitivas	Físicas	Motoras
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Irrealidad</li> <li>— Pensamientos recurrentes</li> <li>— Sensación de presencia del ausente</li> <li>— Vivencia de abandono</li> <li>— Añoranza</li> <li>— Insensibilidad</li> <li>— Incredulidad</li> <li>— Dificultades de atención y memoria</li> <li>— Desinterés</li> <li>— Obsesión por recuperar lo perdido</li> <li>— Ideas de culpa</li> <li>— Liberación</li> <li>— Confusión</li> <li>— Alucinaciones visuales o auditivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Aumento de morbimortalidad</li> <li>— Sensación en el estómago</li> <li>— Boca seca</li> <li>— Hipersensibilidad al ruido</li> <li>— Alteraciones del sueño</li> <li>— Dolor de cabeza</li> <li>— Astenia y debilidad</li> <li>— Opresión en el pecho y garganta</li> <li>— Trastornos del apetito</li> <li>— Palpitaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Autoaislamiento social</li> <li>— Hiperactividad</li> <li>— Hipoactividad</li> <li>— Hablar con el ausente</li> <li>— Conductas impulsivas</li> <li>— Atesorar objetos del ausente</li> <li>— Suspirar y llorar</li> </ul>

Fuente: Barreto y Soler 2007. Citado por Echeburua<sup>(3)</sup>.

Tabla II. Estrategia de afrontamiento<sup>(3)</sup>

Positivas	Negativas
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Aceptación del hecho y resignación</li> <li>— Experiencia compartida del dolor</li> <li>— Reorganización de la vida cotidiana</li> <li>— Reinterpretación positiva</li> <li>— Establecimiento de nuevas metas</li> <li>— Búsqueda de apoyo social</li> <li>— Búsqueda de grupos de autoayuda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Anclaje en recuerdos y planteamiento de preguntas sin respuestas</li> <li>— Sentimientos de culpa, odio y venganza</li> <li>— Aislamiento social</li> <li>— Consumo de alcohol y drogas</li> <li>— Abuso de fármacos</li> <li>— Suicidio</li> </ul>

Fuente: Álvarez Monsalve E, Castaño Sierra C.<sup>(3)</sup>.

## Tabla III. Recomendaciones a los profesionales de la salud para ayudar en la pérdida amorosa a los adolescentes<sup>(1)</sup>

<p>1º Ofrecer una visión positiva de las relaciones sexuales:</p> <p>a) Transmitir una visión positiva de los afectos sexuales (Deseo, Atracción y Enamoramiento). Los afectos sexuales no son peligrosos, sino una motivación, fuente de placeres y gozo de todo tipo, nos permiten salir de la soledad y amar.</p> <p>b) Los afectos sexuales están muy relacionados con los empático-sociales (Apego, Amistad, Sistema de cuidados y Altruismo). Estos afectos enriquecen y dan estabilidad a las relaciones, si libremente queremos comprometernos en pareja o formar una familia.</p> <p>c) Incluir los afectos sexuales y sociales en la educación, prevención, detección y ayudas es esencial al concepto de salud como bienestar. La pediatría también debe involucrarse en este campo.</p>
<p>2º No cometer errores como:</p> <p>a) Usar profesionalmente actitudes o “teorías” inadecuadas sobre el enamoramiento.</p> <p>b) Hacer de nuestra biografía sexual y amorosa el “modelo” desde el que interpretamos este afecto. Nuestra historia de enamoramientos no tiene que ser la regla para los demás.</p> <p>c) Dejarnos llevar por viejos y nuevos mitos.</p> <p>d) Minusvalorar el enamoramiento, haciendo bromas o mofas de los adolescentes enamorados.</p>
<p>3º Detectar los problemas y delitos contra la libertad y la dignidad de la pareja, tomando como referencia el código penal y la ética de las relaciones sexuales y amorosas. Preguntar por los sufrimientos posibles y denunciarlos, si llegan a estar causados por alguna forma de maltrato o violencia.</p>

Fuente: López Sánchez F. *Los afectos sexuales: el enamoramiento*<sup>(1)</sup>.

## Tabla IV. Algunas técnicas usadas en elaboración del duelo

<p><b>Biografías.</b> Escritos que buscan rendir homenaje al ser perdido, a través de un relato en el que se cuentan acontecimientos en donde el ausente está involucrado.</p> <p><b>Cartas que no se envían.</b> Escribir cartas al ausente puede ayudar a expresar las cosas que la persona no pudo decirle.</p> <p><b>Diarios.</b> Son útiles para las personas que les cuesta trabajo comentar su pérdida.</p> <p><b>Dibujos e imágenes.</b> La expresión artística permite que la persona pueda comunicar tanto el significado de la pérdida como el futuro sin lo perdido.</p> <p><b>Entrevista de reconstrucción de significados.</b> Se trata de una entrevista que promueve la reconstrucción de significados, ¿cómo reaccionó ante la pérdida?, ¿han cambiado sus sentimientos sobre ella? o ¿cuál fue el momento más doloroso de esta experiencia?</p> <p><b>Lectura reflexiva.</b> Comprende lecturas breves sobre el duelo.</p> <p><b>Objetos de vinculación.</b> Implica conservar objetos relacionados con el ausente, para formar vínculos significativos, mientras sea adaptativo para el doliente.</p> <p><b>Poesía de la pérdida.</b> La poesía permite enunciar aquellos sentimientos que son difíciles de expresar de forma directa.</p> <p><b>Rituales.</b> Permiten dar sentido a las transiciones significativas de la vida y al mismo tiempo generan una sensación de continuidad con el pasado y el futuro.</p>
---

Fuente: Neimeyer A. R. (2000).

## Bibliografía

1. López Sánchez F. Los afectos sexuales: el enamoramiento. *Adolescere* 2019; VII (3): 51.e1-51.e14. (Revisado en noviembre 2022). Disponible en : [https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-VII-n3-2019/2019-n3-51e1\\_Tema-de-revisionLos-afecto-sexuales-enamoramiento.pdf](https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-VII-n3-2019/2019-n3-51e1_Tema-de-revisionLos-afecto-sexuales-enamoramiento.pdf).
2. Tahoces Fernández P. *La Educación Afectiva y Sexual en adolescentes: orientaciones para padres*. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, 2022. (Consultado, noviembre 2022). Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/64463/TFM%20Tahoces%20Fernandez%2C%20Paula.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
3. Álvarez Monsalve E, Castaño Sierra C. *Proceso de duelo y estrategias de afrontamiento*. Universidad de Antioquía, Departamento de psicología. Medellín (Colombia) 2019. Revisado en noviembre 2022). Disponible en: [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16345/1/AlvarezEsteffania\\_2019\\_ProcesoDueloEstrategias.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16345/1/AlvarezEsteffania_2019_ProcesoDueloEstrategias.pdf).
4. Torres Vargas M. *Duelo por la ruptura de la pareja en la adolescencia*. Tesina. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de México. 2014. (Revisado en noviembre 2022). Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2014/febrero/0709041/0709041.pdf>.
5. Castilla Linares AC. *Rupturas amorosas en adolescentes: factores relacionados con su impacto*. (Revisado en noviembre de 2022). Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4391/Proyecto%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
6. Barajas MW, Cruz C. (2017). *Ruptura de la pareja en jóvenes: factores relacionados con su impacto*. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 342-352.
7. Neimeyer A. R. (2000). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Buenos Aires: Paidós. (Revisado en noviembre 2022). Disponible en: [https://www.academia.edu/36890522/Aprender\\_de\\_la\\_perdida\\_Neimeyer](https://www.academia.edu/36890522/Aprender_de_la_perdida_Neimeyer).

## PREGUNTAS TIPO TEST

1. **Sobre el enamoramiento, ¿cuál de estas afirmaciones es FALSA?**
  - a) El enamoramiento es un proceso psicológico que afecta a todas las edades.
  - b) Solamente sucede en las sociedades occidentales. En otras culturas se vive de otra manera.
  - c) Los profesionales suelen banalizar y en ocasiones muestran poca empatía ante esta situación.
  - d) El enamoramiento, como circunstancia fisiológico-social produce una activación cerebral y la producción de algunas sustancias químicas y neurotransmisores.
  - e) El enamoramiento provoca aumento de la vitalidad y motivación.
2. **Acerca de las consecuencias del fracaso amoroso en la adolescencia, ¿cuál de estas afirmaciones es CORRECTA?**
  - a) Las consecuencias de la ruptura amorosa en adolescentes van a depender del género, la personalidad y de los estilos de apego.
  - b) En muchas ocasiones se tienen recursos suficientes para afrontarlo.
  - c) La familia, los amigos y otros apoyos sociales son necesarios en algunas circunstancias.
  - d) A veces es imprescindible la ayuda de profesionales con preparación en el tema.
  - e) Todas son ciertas.
3. **En este caso clínico, ¿qué circunstancia ha contribuido a la buena superación de la situación?**
  - a) Su inteligencia privilegiada.
  - b) Los apoyos familiares.
  - c) El estilo de apego familiar.
  - d) Los autoregistros.
  - e) Todos han ayudado.

Respuestas en la página 114

# Adolescencia y COVID-19

**A. Gatell Carbó<sup>(1)</sup>, N. López Segura<sup>(2)</sup>, P. Serrano Marchuet<sup>(1)</sup>, F. Pagone<sup>(1)</sup>, M. Villalobos Gálvez<sup>(3)</sup>, A. Soriano Arandes<sup>(4)</sup>.** <sup>(1)</sup>EAPT Garraf, Barcelona. <sup>(2)</sup>Servicio de Pediatría, Hospital del Mar, Universitat Pompeu i Fabra. Barcelona. <sup>(3)</sup>EAPT Sabadell Nord Concòrdia, Barcelona. <sup>(4)</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas e Inmunodeficiencias, Hospital Universitario Vall de Hebrón, Barcelona. En representación del grupo de investigación COPEDI-CAT<sup>(1,2,3,4)</sup>.

**Fecha de recepción:** 06-12-2022

**Fecha de publicación:** 28-02-2023

Adolescere 2023; XI (1): 94-102

## Resumen

La infección por SARS-CoV-2 en el adolescente generalmente cursa de forma leve o asintomática. Algunos casos presentan complicaciones, como la enfermedad pulmonar con insuficiencia respiratoria aguda, el síndrome post-infeccioso inflamatorio multisistémico (SIM-PedS) que cursa con afectación cardíaca grave o el síndrome post-COVID. En España los adolescentes (10-19 años) representan un 13,5% de los casos de COVID-19 registrados, un 0,96% del número total de ingresos y un 0,03% del número total de fallecidos. El factor de riesgo asociado a hospitalización es la presencia de una o más comorbilidades, una de las más descritas es la obesidad. La vacunación contra la COVID-19 ha demostrado ser segura y parece haber tenido un papel relevante en la prevención de problemas relacionados con la infección por SARS-CoV-2. La pandemia también ha impactado de forma notable en la salud mental en este grupo de edad, con un aumento de trastornos de ansiedad, depresión, autolesiones, trastornos de conducta alimentaria y suicidios.

**Palabras clave:** *Adolescente; COVID-19; SIM-PedS; vacunas COVID-19; Salud mental.*

## Abstract

SARS-CoV-2 infection in adolescents is usually mild or asymptomatic. Some cases present complications, such as lung disease with acute respiratory failure, multisystem inflammatory syndrome (MIS-C) that presents with severe cardiac involvement or post-COVID syndrome. In Spain, adolescents (10-19 years old) represent 13.5% of COVID-19 cases registered, 0.96% of the total number of admissions and 0.03% of the total number of deaths. The risk factor associated with hospitalization is the presence of one or more comorbidities, being obesity one of the most described factors. COVID-19 vaccination has been shown to be safe and appears to have played an important role in preventing problems related to SARS-CoV-2 infection. The pandemic has also had a notable impact on mental health in this age group, with an increase in anxiety disorders, depression, self-harm, eating disorders and suicides.

**Key words:** *Adolescent; COVID-19; MIS-C; COVID-19 vaccines; Mental health.*

La infección por SARS-CoV-2 en el adolescente generalmente cursa de forma leve o asintomática

## Introducción

La pandemia de la COVID-19 ha afectado de forma directa o indirecta a individuos de todas las edades, incluyendo los adolescentes. En este artículo analizamos los aspectos epidemiológicos, el impacto clínico en la salud física y mental y las estrategias preventivas aplicadas a este grupo de edad como la vacunación.



## Epidemiología

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a fecha de octubre de 2022 se han comunicado en torno a 623 millones de casos de COVID-19 en todo el mundo, 260 millones en Europa y 13 millones en España<sup>(1)</sup>.

Debido al cambio en la Estrategia de Vigilancia y Control de COVID-19, a partir del 28 de marzo de 2022 en España sólo se muestran los casos de COVID-19 en población a partir de 60 años. No obstante, sabemos que la proporción de diagnósticos de infección por SARS-CoV-2 en adolescentes es superior al resto de grupos de edad pediátrica en España, del total de casos registrados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)<sup>(2)</sup> desde junio 2020 el 3,8% de los casos eran menores de 5 años, el 5,7% tenían de 5 a 9 años y el 13,5% adolescentes de 10 a 19 años. Estos datos son muy parecidos a los reportados por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)<sup>(3)</sup>. Con fecha de octubre 2022, los niños y adolescentes representan actualmente alrededor del 17,5% de los casos confirmados de COVID-19 en los Estados Unidos, el 3,6% de los casos tienen de 0 a 4 años, el 6,6% de 5 a 11 años, y el 7,3% son adolescentes de 12 a 17 años.

La transmisión del virus SARS-CoV-2 a otras personas se puede dar a cualquier edad. No obstante, la mayoría de los estudios concluyen que la tasa de ataque secundario es significativamente más baja tanto en el hogar como en el aula si el caso índice es pediátrico. Esto podría estar relacionado con el hecho de que hay una mayor proporción de casos asintomáticos y probablemente con menor carga viral en menores de 14 años<sup>(4,5)</sup>, y principalmente por el hecho de que la respuesta inmunitaria innata mediada por interferón tipo I de los menores a nivel de la mucosa nasal evita en muchos casos la replicación viral<sup>(6)</sup>.

**La transmisión del virus SARS-CoV-2 a otras personas se puede dar a cualquier edad**

**Los síntomas más frecuentes son fiebre, tos, disnea, mialgia, rinorrea, odinofagia, cefalea, náuseas/vómitos, dolor abdominal, diarrea, anosmia y ageusia**

## Aspectos clínicos de la COVID-19

La infección por SARS-CoV-2 en los adolescentes cursa generalmente de forma asintomática o leve. Los síntomas más frecuentemente reportados son: fiebre, tos, disnea, mialgia, rinorrea, odinofagia, cefalea, náuseas/vómitos, dolor abdominal, diarrea, anosmia y ageusia. Algunos síntomas son más comunes con determinadas variantes (ej. odinofagia y anosmia con variante Delta). En general, las manifestaciones clínicas son similares a las que se presentan en otras infecciones respiratorias virales comunes, por lo que se requiere un alto índice de sospecha de COVID-19 en los niños, que dependerá del contexto epidemiológico en el que estemos. Se ha observado una mayor prevalencia de síntomas gastrointestinales en pacientes mayores de 5 años en comparación con los más pequeños<sup>(7)</sup> y además la presencia de diarrea se ha visto asociada a un curso clínico más grave de la enfermedad a causa del reservorio intestinal del SARS-CoV-2 y la persistencia de la respuesta inflamatoria<sup>(8)</sup>. La mayoría de los adolescentes tienen una buena evolución y se recuperan en una semana, sin presentar complicaciones<sup>(4)</sup>.

**Los adolescentes (10-19 años) representan una pequeña proporción de los pacientes hospitalizados por COVID-19**

## Hospitalización y complicaciones

Los adolescentes (10-19 años) representan una pequeña proporción de los pacientes hospitalizados por COVID-19 (0,96% de los ingresos totales en España)<sup>(2)</sup>. Sin embargo, la tasa de ingreso por COVID-19 en adolescentes se ha descrito superior a la de los casos de gripe<sup>(9)</sup>. También es superior respecto a la de los niños de edad 5-9 años (que es del 0,28%)<sup>(2)</sup> ya que se trata de un grupo con más probabilidades de tener complicaciones similares a las de los adultos<sup>(10)</sup>.

El deterioro clínico generalmente se asocia a enfermedad pulmonar con insuficiencia respiratoria aguda o a un síndrome post-infeccioso inflamatorio multisistémico (SIMS-PedS) que cursa con afectación cardíaca grave. El factor de riesgo asociado a hospitalización e ingreso en UCI en adolescentes es la presencia de una o más comorbilidades. Los datos aún son limitados respecto a qué comorbilidades exactamente predisponen a enfermedad grave. La mayoría de estudios en adolescentes describen la obesidad como uno de los factores de riesgo más importantes<sup>(9,10)</sup>. Otras comorbilidades asociadas son la enfermedad pulmonar crónica (incluye asma), enfermedad neurológica, metabólica o genética (como el síndrome de Down), cardiopatías congénitas y enfermedades cardiovasculares, drepanocitosis, enfermedad oncohematológica, inmunodeficiencias, enfermedad renal o hepática crónica y diabetes<sup>(9,11,12,13)</sup>.

**Algunos casos de COVID-19 en los adolescentes presentan complicaciones**

La evidencia es limitada respecto a la gravedad de la enfermedad según las diferentes variantes. Estudios en Inglaterra, Dinamarca y Noruega no parecen encontrar diferencias en el riesgo de hospitalización en menores de 18 años infectados por Ómicron en comparación con variante Delta. Sin embargo, sí parece haber menor riesgo de SIMS-PedS en niños y adolescentes no vacunados asociado a variante Ómicron<sup>(14)</sup>.

La muerte por COVID-19 en adolescentes es muy rara. En España, desde el inicio de la pandemia hasta el 4 noviembre de 2022, han ingresado en UCI 363 adolescentes de edad 10-19 años y han fallecido 34 (representan un 0,03% de las muertes totales)<sup>(2)</sup> algo superior a las edades inferiores, en menores de 5 años se han registrado 16 casos (0,01%) y entre los 5-9 años 12 casos (0,01%).

## COVID-19 aguda grave

La COVID-19 aguda grave es poco frecuente en adolescentes. Se presenta generalmente con afectación pulmonar como en el adulto, con infiltrados pulmonares difusos bilaterales e insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica. El tratamiento se basa en dar soporte respiratorio (oxigenoterapia en alto flujo, CPAP o BIPAP como modalidad de inicio) y dexametasona<sup>(12)</sup>. La evolución generalmente es favorable, se describe una recuperación más rápida y un mejor pronóstico que en el adulto<sup>(15)</sup>.

También se han descrito manifestaciones extrapulmonares en algunos casos. Destacan las complicaciones neurológicas que incluyen encefalitis o encefalopatía, convulsiones, ictus, síndrome de Guillain-Barré o encefalomiелitis aguda diseminada. A nivel cardiovascular pueden presentar miocarditis, pericarditis, arritmias e infarto agudo de miocardio. Algunos pacientes presentan fallo renal agudo, pancreatitis o hepatitis<sup>(16)</sup>. El estado de hipercoagulabilidad conlleva riesgo de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar. Estos fenómenos trombóticos son más frecuentes en los adolescentes que en niños de menor edad<sup>(17)</sup>.

## Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIMS-Peds)

Se trata de una complicación potencialmente grave, que ocurre a las 2-6 semanas después de la infección por SARS-CoV-2 en menos de un 0,1% de casos de COVID-19 pediátrica. Afecta principalmente a niños previamente sanos entre los 6-12 años de edad, aunque hay casos reportados desde el periodo neonatal hasta la edad adulta. En algunas series se ha descrito mayor afectación en varones y en población latina y afrocaribeña. El factor de riesgo más significativo es la obesidad<sup>(16)</sup>.

Se caracteriza por fiebre, hipotensión, síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, vómitos, diarrea), cefalea, *rash*, conjuntivitis y elevación de reactantes de fase aguda. La afectación cardiovascular es la más relevante, alrededor de un 40% tienen una disminución de la fracción de eyección ventricular, y un 8-14% presentan aneurismas coronarios. La afectación respiratoria es poco frecuente. Existe riesgo de complicaciones neurológicas y trombosis. El diagnóstico diferencial principalmente se hace con la enfermedad de Kawasaki, síndrome de shock tóxico, sepsis o abdomen agudo<sup>(16)</sup>.

Una alta proporción requiere ingreso en UCI. En los casos con afectación grave el tratamiento inmunomodulador con inmunoglobulina intravenosa acorta la duración de la disfunción cardiovascular. Se recomienda asociar corticoides ya de inicio en los casos que presentan disfunción ventricular o precisan soporte inotrópico. En casos refractarios se han usado inhibidores anti-TNF alfa o anti-IL-1<sup>(12)</sup>. Aún faltan datos sobre los efectos a largo plazo en el corazón de estos pacientes y sobre la fisiopatología. El pronóstico, en general, es favorable con recuperación completa, en los casos de aneurismas coronarios la mayoría se resuelven a los 90 días<sup>(16)</sup>.

Varios estudios internacionales<sup>(18)</sup> describen una reducción global en la tendencia de la incidencia de SIMS-Peds durante la pandemia. La vacunación contra la COVID-19 y otros factores posiblemente relacionados con el virus mismo y/o la transmisión comunitaria pueden haber desempeñado un papel en la prevención de nuevos casos de SIMS-Peds.

Otro reciente estudio inglés<sup>(19)</sup> destaca que la afección cardíaca hiperinflamatoria relacionada con COVID-19 (SIMS-Peds) en niños prácticamente ha desaparecido, a pesar de las grandes oleadas

**El factor de riesgo asociado a hospitalización es la presencia de una o más comorbilidades, una de las más descritas es la obesidad**

de infecciones comunitarias de Ómicron y sus subvariantes. Los autores encuentran una tendencia a la baja en la edad de los niños con SIMS-Peds desde el comienzo de la pandemia. Creen que, con el tiempo, la epidemiología de SIMS-Peds seguirá a la enfermedad de Kawasaki, con la mayoría de los casos en lactantes y niños pequeños, el único grupo de edad que probablemente seguirá siendo susceptible a SARS-CoV-2.

## Síndrome post-COVID o Long COVID o condición post-COVID-19

Al igual que los adultos, algunos adolescentes presentan síntomas persistentes después de la infección por SARS-CoV-2. El síndrome post-COVID, comúnmente conocido como Long COVID (también antes llamado COVID persistente) ha recibido el nombre de condición post-COVID-19 por parte de la OMS. Se define como la presencia de signos y síntomas que se desarrollan durante o hasta 3 meses después de la infección aguda por virus SARS-CoV-2 posible o confirmada y que se mantienen de forma continua o fluctuante durante más de 8 semanas y que no se explican por un diagnóstico alternativo<sup>(20)</sup>. La prevalencia oscila entre un 0,8 y un 13,1% en los estudios que han incluido un grupo control de pacientes no infectados<sup>(21)</sup>.

Los síntomas más frecuentemente descritos son fatiga, cefalea, dificultad cognitiva, trastorno de sueño, mialgia, tos, disnea, palpitaciones o disautonomía<sup>(20)</sup>.

Los factores de riesgo de Long COVID en población pediátrica no han sido bien definidos. Se reporta más frecuentemente en mujeres adolescentes. Otros posibles factores de riesgo son tener historia de alergia, obesidad u otras comorbilidades, haber precisado hospitalización o haber tenido 4 o más síntomas en la fase aguda de la infección<sup>(22)</sup>. Se han observado clústeres familiares y existe debate sobre si algunos de los síntomas reportados pueden tener no sólo un origen físico sino también psicosocial, relacionado con los efectos negativos del confinamiento<sup>(23)</sup>.

Se desconoce la fisiopatología y no existe un tratamiento específico, se basa en el tratamiento de síntomas tras excluir otras enfermedades y la rehabilitación. La mayoría de síntomas mejoran o se resuelven con el tiempo, en algunos casos pueden persistir más de un año<sup>(20)</sup>.

Es necesario la realización de más estudios diseñados con las mínimas limitaciones posibles para poder obtener algún dato que facilite o ayude en el diagnóstico de Long Covid para así poder ser más efectivos en el diagnóstico y en el tratamiento de este síndrome.

**El síndrome post-COVID (Long COVID) ha recibido el nombre de condición post-COVID-19 por parte de la OMS**

## Salud mental en un entorno de pandemia

En España a lo largo de los últimos años y más aún desde el inicio de la pandemia de la COVID-19 en el año 2020, hemos asistido a un empeoramiento de la salud mental de los niños y adolescentes con un sistema sanitario muy presionado y con recursos a menudo insuficientes<sup>(24)</sup>.

Antes de la pandemia alrededor del 10% de los niños y del 20% de los adolescentes sufría trastornos mentales. En la actualidad, los adolescentes presentan más ansiedad, síntomas depresivos, autolesiones y conductas suicidas<sup>(25,26,27)</sup>.

Unos pocos meses después del inicio de la pandemia hubo un incremento de hasta un 47% en los trastornos de salud mental de los niños, y hasta un 59% en los comportamientos suicidas, comparando con datos de 2019. Durante el año 2020, se suicidaron en España 14 menores de 15 años, el doble que el año anterior, y entre los jóvenes de 15 a 29 años el suicidio es ya la segunda causa de fallecimiento, solo superada por los tumores malignos<sup>(24)</sup>.

Estudios realizados por UNICEF<sup>(26)</sup>, Fundación ANAR o *Save the Children*<sup>(27)</sup> han alertado del impacto de la pandemia. Se describe que los trastornos de ansiedad o depresivos casi se han cuadruplicado (de 1,1% al 4%), así como el diagnóstico de trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y otros trastornos de conducta (de 2,5% a 7%). También, se ha observado un incremento de la sintomatología psicósomática en los pacientes pediátricos, muchos en relación con la preocupación acerca de la infección por el SARS-COV-2. Según el último informe de *Save the Children*, el porcentaje de niños y niñas entre 4 y 8 años con pensamientos suicidas es de un 2%, alcanzando un 6% en el grupo de entre 13 y 16 años.

La pandemia ha impactado de forma notable en la salud mental en los adolescentes con un aumento de trastornos de ansiedad, depresión, autolesiones, trastornos de conducta alimentaria y suicidios

También los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes y graves que antes de la pandemia. La pérdida de peso en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria es, tras el inicio de la pandemia, hasta un 50% superior, en comparación con las cifras previas del 20% y se ha detectado un claro descenso en la media de edad de inicio de los síntomas, tanto en los trastornos de conducta alimentaria como en las conductas autolesivas<sup>(24)</sup>. Así mismo los diagnósticos relacionados con trastornos mentales atendidos en las Urgencias Pediátricas aumentaron un 10%. Los diagnósticos que más se incrementaron fueron: "Intoxicación no accidental por fármacos" (122%), "suicidio/intento de suicidio/ideación autolítica" (56%), "trastorno de conducta alimentaria" (40%), "depresión" (19%) y "crisis de agresividad" (10%)<sup>(24)</sup>.

Se señala como factores precipitantes el confinamiento domiciliario de hace dos años y las posteriores medidas de restricción, que han afectado especialmente a una población tan vulnerable como la infancia y la adolescencia. La interrupción de las rutinas, las restricciones sociales y del ocio se han asociado al uso excesivo de tecnologías y limitación de la actividad física. Además, algunos niños y adolescentes ya estaban expuestos a situaciones de pobreza, abuso o violencia que empeoraron con la pandemia.

Estos trastornos se han dado con más frecuencia en la etapa adolescente, en pacientes de sexo femenino y con trastornos previos del neurodesarrollo o necesidades especiales<sup>(24,25)</sup>.

## Vacunación de la COVID-19

La vacunación frente a la COVID-19 en adolescentes se inició siguiendo la estrategia iniciada el 27 de diciembre de 2020 por el Gobierno de España y con un orden de priorización atendiendo a los grupos de riesgo<sup>(28)</sup>. Dando por completadas esas fases iniciales actualmente se está vacunando a todos aquellos que previamente no lo han hecho.

La primera vacuna en ser administrada en nuestro país fue la desarrollada por Pfizer/BioNTech (Comirnaty). Después llegaron las elaboradas por Moderna (Spikevax), AstraZeneca (Vaxzevria) y Janssen. De todas ellas se han venido empleando mayoritariamente las dos primeras en el grupo de los adolescentes y especialmente el preparado de Pfizer/BioNTech, que lo ha sido en casi tres de cada cuatro casos. Las tres últimas únicamente están autorizadas para mayores de 18 años. El 20 de diciembre de 2021, la Comisión Europea autorizó una nueva vacuna, Nuvaxovid, del laboratorio Novavax, autorizada a partir de los 12 años.

Recientemente, se han autorizado en la Unión Europea tres vacunas adaptadas a las nuevas variantes de Ómicron circulantes. Estas vacunas adaptadas son vacunas de ARNm bivalentes frente a la cepa y la variante BA.1 y frente a la cepa original y la variante BA.4/BA.5. Estos tipos de vacuna ofrecen protección tanto frente a las variantes BA.1 y BA4/5 como frente a las variantes que circularon con anterioridad. Autorizadas como dosis de recuerdo para mayores de 12 años que lo requieran.

Todas las vacunas disponibles en España son eficaces y seguras, habiendo sido autorizadas por la Comisión Europea tras el dictamen favorable de la Agencia Europea de Medicamentos.

A fecha de 31 de agosto de 2022 el 96,1% de la población de 12 a 19 años ha recibido la pauta completa con dos dosis, siendo uno de los grupos etarios en los que la inmunización ha conseguido una mayor aceptación, únicamente superado por los de edades superiores a los 60 años<sup>(29)</sup>.

Las vacunas Comirnaty y Spikevax están contraindicadas en las personas con antecedentes de haber tenido reacciones alérgicas graves (anafilaxia) a una dosis previa de la propia vacuna o a algún componente de esta, siendo el polietilenglicol la sustancia más comúnmente implicada en la misma.

Una vez completada la fase inicial de dos dosis, caso de requerirse alguna más, debemos distinguir entre dos situaciones particulares:

- **Dosis de refuerzo:** son aquellas destinadas a adolescentes inmunocompetentes cuando se estime que con el paso del tiempo pueda decaer la inmunidad y sea necesario administrar una dosis de recuerdo. En el momento actual esta situación está descartada.
- **Dosis adicional:** es aquella que se administra con un mínimo de 28 días tras la pauta inicial de dos dosis en personas con inmunodeficiencias o que reciben tratamientos inmunosupre-

Todas las vacunas disponibles en España son eficaces y seguras, habiendo sido autorizadas por la Comisión Europea tras el dictamen favorable de la Agencia Europea de Medicamentos

sores, en los que se ha comprobado que pueden desarrollar una respuesta inmunológica insuficiente, tal como aparecen reflejados en el apartado 7 de la Guía del Ministerio de Sanidad de utilización de estas vacunas de fecha 9 de febrero de 2022<sup>(30)</sup>:

- Receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos o CAR-T, vacunados en los dos años tras el trasplante/tratamiento, en tratamiento inmunosupresor o que tengan EICH independientemente del tiempo desde TPH.
- Receptores de trasplante de órgano sólido.
- Tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal).
- Tratamiento quimio y radioterápico en los 6 meses previos por cualquier indicación.
- Inmunodeficiencias primarias.
- Infección por VIH con 200 cel/ml (analítica de los últimos 6 meses).
- Fibrosis quística.
- Síndrome de Down con 40 o más años de edad (nacidos en 1981 o antes).
- Tratamiento inmunosupresor detallado en una tabla anexa de la propia guía.

Todos ellos deberán recibir una dosis de recuerdo tras 5 meses de la última dosis, habiéndose iniciado ya la vacunación con una segunda dosis de refuerzo en los grupos de riesgo.

Los efectos secundarios más comunes tras la inoculación suelen ser dolor y sensación de pesadez en el hombro y el brazo donde se ha inyectado la vacuna, sensación de cansancio, malestar general y escalofríos, dolor de cabeza y en menos casos, fiebre poco elevada.

Se han publicado escasos casos de miocarditis/pericarditis tras la vacunación, especialmente en varones después de la segunda dosis. De los diversos estudios aparecidos al respecto se estima que el riesgo de contraer cualquiera de esas patologías cardíacas es entre 6 y 34 veces superior debido a la infección natural que al secundario a la vacunación y que este suele ser clínicamente más leve y acotado en el tiempo, por lo que el beneficio/riesgo de la vacunación en cualquier caso sigue siendo favorable a esta<sup>(31)</sup>.

Se han descrito también trastornos menstruales, como alteraciones que afectan a la cantidad de sangrado y la duración del ciclo, que fueron objeto de evaluación por parte de las agencias de medicamentos europeas a lo largo del segundo semestre de 2021 sin llegarse a ninguna conclusión. En el último de esos informes, el número 13, con la aparición de nuevos estudios se sugiere un aumento en la frecuencia de estos trastornos tras la vacunación con cambios leves y transitorios en los ciclos menstruales<sup>(32,33,34)</sup> aunque los propios autores sugieren una calidad limitada en la recogida de la información por lo que las autoridades sanitarias europeas mantienen los sistemas de farmacovigilancia en alerta sobre este acontecimiento.

En relación con el síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado a la infección por SARS-Cov-2 (SIMS-Peds)<sup>(18)</sup> descrito en diversas áreas geográficas, los últimos estudios al respecto apuntan a que las vacunas ARNm son capaces de hacer disminuir su incidencia en los adolescentes vacunados. Tanto el estudio francés<sup>(35)</sup> como el más reciente realizado en Estados Unidos<sup>(36)</sup> confirman esa hipótesis, estableciendo este último una efectividad vacunal frente a padecer un SIMS-Peds de hasta el 91%. En los pocos casos de aparición de un SIMS-Peds en un adolescente vacunado la relación de causalidad entre la vacuna y el síndrome no ha sido establecida en ninguno de ellos<sup>(37)</sup>.

Sobre la efectividad de estas vacunas (EV) en el colectivo de los adolescentes se tienen pocos datos de nuestro país. El último informe del correspondiente grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad al respecto, de febrero del 2022<sup>(30)</sup> es el primero en contemplar un grupo de edad de entre 18 y 39 años. Los datos apuntan a que la EV frente a los ingresos decae desde más de un 95% los meses posteriores a la vacunación hasta alrededor del 60% transcurridos los primeros 7 u 8 meses posteriores. Habida cuenta de los escasos fallecimientos en esos grupos de edad no es posible establecer datos de EV con intervalos de confianza excesivamente amplios que permitan establecer conclusiones. Si que se disponen datos, prácticamente a tiempo real en la web de los

**El riesgo de contraer miocarditis/pericarditis es entre 6 y 34 veces superior debido a la infección natural que al secundario a la vacunación, suele ser clínicamente más leve y acotado en el tiempo, por lo que el beneficio/riesgo de la vacunación en cualquier caso sigue siendo favorable**

**El síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado a la infección por COVID-19: los últimos estudios apuntan a que las vacunas ARNm son capaces de hacer disminuir su incidencia en los adolescentes vacunados**

La vacunación contra la COVID-19 ha demostrado ser segura y parece haber tenido un papel relevante en la prevención de problemas relacionados con la infección por SARS-CoV-2

CDC de Estados Unidos<sup>(3)</sup> donde se pueden ver esas EV en su entorno siendo superiores al 92% hasta los 10 meses posteriores a la vacunación para evitar ingresos con la variante Delta, datos que decaen hasta alrededor de un 40% para la variante Ómicron. Datos en consonancia con los publicados en este estudio<sup>(38)</sup> realizado con 21.261 universitarios en el que se concluye que la EV es potente en un principio, pero que decae en el transcurso de los meses.

## Conclusiones

La pandemia de la COVID-19 ha supuesto para los adolescentes un reto para asimilar las medidas restrictivas que limitan la actividad social y escolar. Se ha detectado un aumento de los problemas de salud mental en este grupo de edad y en algunos casos la infección por SARS-CoV-2 ha tenido una repercusión clínica importante, con complicaciones como el SIMS-PedS o el Long COVID. La vacunación ha sido bien aceptada y segura, y parece haber tenido un papel relevante en la reducción de problemas relacionados con la infección por SARS-CoV-2.

## Bibliografía

1. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [Citado 12 octubre 2022]. Disponible en: <https://covid19.who.int>.
2. Informes COVID-19 [Internet]. [Citado 4 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>.
3. CDC. COVID Data Tracker [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020. [Citado 26 octubre 2022]. Disponible en: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker>.
4. Soriano Arandes A, Gatell A, Serrano P, Biosca M, Campillo F, Capdevila R, et al. Household Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Transmission and Children: A Network Prospective Study. *Clin Infect Dis*. 2021;73:e1261-9.
5. Alonso S, Álvarez Lacalle E, Català M, López D, Jordan I, García-García JJ, et al. Age-dependency of the Propagation Rate of Coronavirus Disease 2019 Inside School Bubble Groups in Catalonia, Spain. *Pediatr Infect Dis J*. 2021;95:55-61.
6. Zimmermann P, Curtis N. Why is COVID-19 less severe in children? A review of the proposed mechanisms underlying the age-related difference in severity of SARS-CoV-2 infections. *Arch Dis Child*. 2020;archdischild-2020-320338.
7. Moraleda C, Serna-Pascual M, Soriano-Arandes A, Simó S, Epalza C, Santos M, et al. Multi-inflammatory Syndrome in Children Related to Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in Spain. *Clin Infect Dis*. 2021;72:e397-401.
8. Bolia R, Dhanesh Goel A, Badkur M, Jain V. Gastrointestinal Manifestations of Pediatric Coronavirus Disease and Their Relationship with a Severe Clinical Course: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Trop Pediatr*. 2021;67:fmab051.
9. Havers FP, Whitaker M, Self JL, Chai SJ, Kirley PD, Alden NB, et al. Hospitalization of Adolescents Aged 12-17 Years with Laboratory-Confirmed COVID-19 - COVID-NET, 14 States, March 1, 2020-April 24, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70:851-7.
10. Kest H, Kaushik A, Shaheen S, Debruin W, Zaveri S, Colletti M, et al. Epidemiologic Characteristics of Adolescents with COVID-19 Disease with Acute Hypoxemic Respiratory Failure. *Crit Care Res Pract*. 2022;2022:7601185.
11. Tagarro A, Cobos Carrascosa E, Villaverde S, Sanz Santaefemia FJ, Grasa C, Soriano Arandes A, et al. Clinical spectrum of COVID-19 and risk factors associated with severity in Spanish children. *Eur J Pediatr*. 2022;181:1105-15.
12. Liu E, Smyth RL, Li Q, Qaseem A, Florez ID, Mathew JL, et al. Guidelines for the prevention and management of children and adolescents with COVID-19. *Eur J Pediatr*. 2022;181:4019-37.
13. Campbell JI, Dubois MM, Savage TJ, Hood-Pishchany MI, Sharma TS, Petty CR, et al. Comorbidities Associated with Hospitalization and Progression Among Adolescents with Symptomatic Coronavirus Disease 2019. *J Pediatr*. 2022;245:102-110.e2.
14. Whittaker R, Greve-Isdahl M, Bøås H, Suren P, Buanes EA, Veneti L. COVID-19 Hospitalization Among Children <18 Years by Variant Wave in Norway. *Pediatrics*. 2022;150:e2022057564.
15. Ríos Barnés M, Lanaspa M, Noguera Julian A, Baleta L, De Sevilla MF, Ferri D, et al. The Spectrum of COVID-19 Disease in Adolescents. *Arch Bronconeumol*. 2021;57:84-5.
16. Blatz AM, Randolph AG. Severe COVID-19 and Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in Children and Adolescents. *Crit Care Clin*. juliol 2022;38:571-86.
17. Aguilera Alonso D, Murias S, Martínez de Azagra Garde A, Soriano Arandes A, Pareja M, Otheo E, et al. Prevalence of thrombotic complications in children with SARS-CoV-2. *Arch Dis Child*. 2021;106:1129-32.
18. Buonsenso D, Perramon A, Català M, Torres JP, Camacho Moreno G, Rojas Solano M, et al. Multisystemic Inflammatory Syndrome in Children in Western Countries: Decreasing Incidence as the Pandemic Progresses?: An Observational Multicenter International Cross-sectional Study. *Pediatr Infect Dis J*. 21 octubre 2022.
19. Shingleton J, Williams H, Oligbu G, Powell A, Cohen J, Arditi M, et al. The changing epidemiology of PIMS-TS across COVID-19 waves: prospective national surveillance, January 2021 to July 2022, England. *J Infect*. 2022;S0163-4453(22)00617-X.
20. Recomendaciones para el manejo clínico de la COVID-19 persistente en la infancia y adolescencia [Internet]. [Citado 1 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-12/recomendaciones-para-el-manejo-clinico-de-la-covid-19-persistente-en-la-infancia-y-adolescencia/>.

21. Kildegaard H, Lund LC, Højlund M, Stensballe LG, Pottegård A. Risk of adverse events after covid-19 in Danish children and adolescents and effectiveness of BNT162b2 in adolescents: cohort study. *BMJ*. 2022;377:e068898.
22. Funk AL, Kuppermann N, Florin TA, Tancredi DJ, Xie J, Kim K, et al. Post-COVID-19 Conditions Among Children 90 Days After SARS-CoV-2 Infection. *JAMA Netw Open*. 2022;5:e2223253.
23. Haddad A, Janda A, Renk H, Stich M, Frieh P, Kaier K, et al. Long COVID symptoms in exposed and infected children, adolescents and their parents one year after SARS-CoV-2 infection: A prospective observational cohort study. *EBio-Medicine*. 2022;84:104245.
24. Los pediatras advierten de que se mantiene el incremento exponencial de las consultas e ingresos psiquiátricos en menores de 18 años [Internet]. [Citado 1 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/noticias/los-pediatras-advierten-que-se-mantiene-incremento-exponencial-las-consultas-e-ingresos>.
25. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021;175:1142-50.
26. Estado Mundial de la Infancia 2021 [Internet]. [Citado 1 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>.
27. Suicidios en adolescentes en España: factores de riesgo y datos [Internet]. Save the Children. 2022. [Citado 1 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/actualidad/suicidios-adolescentes-espana-factores-riesgo-datos>.
28. ¿Cuándo me vacuno? [Internet]. 2020. [Citado 1 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.vacunacovid.gob.es/preguntas-y-respuestas/cuando-me-vacuno>.
29. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Cuadro de mando resumen de datos de vacunación [Internet]. [Citado 25 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/pbiVacunacion.htm>.
30. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Salud pública - Prevención de la salud - Vacunaciones - Programa vacunación - VACUNAS - VACUNACIÓN - COVID-19 - PROFESIONALES - EFECTIVIDAD [Internet]. [Citado 26 octubre 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/Efectividad\\_vacunaCOVID-19.htm](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/Efectividad_vacunaCOVID-19.htm).
31. Singer ME, Taub IB, Kaelber DC. Risk of Myocarditis from COVID-19 Infection in People Under Age 20: A Population-Based Analysis [Internet]. medRxiv; 2021. [Citado 25 octubre 2022]. p. 2021.07.23.21260998. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.23.21260998v1>.
32. Informes periódicos de farmacovigilancia de vacunas COVID-19 [Internet]. [Citado 25 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%e2%80%9119/vacunas-contra-la-covid%e2%80%9119/farmacovigilancia-de-vacunas/informes-periodicos-de-farmacovigilancia-de-vacunas-covid-19/>.
33. Updated P. Increased incidence of menstrual changes among young women after coronavirus vaccination [Internet]. Norwegian Institute of Public Health. [Citado 26 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.fhi.no/en/studies/ungvoksen/increased-incidence-of-menstrual-changes-among-young-women/>.
34. Edelman A, Boniface ER, Benhar E, Han L, Matteson KA, Favaro C, et al. Association Between Menstrual Cycle Length and Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccination: A U.S. Cohort. *Obstet Gynecol*. 2022;139:481-9.
35. Levy M, Recher M, Hubert H, Javouhey E, Fléchelles O, Leteurtre S, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children by COVID-19 Vaccination Status of Adolescents in France. *JAMA*. 2022;327:281-3.
36. Zambrano LD, Newhams MM, Olson SM, Halasa NB, Price AM, Boom JA, et al. Effectiveness of BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) mRNA Vaccination Against Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Among Persons Aged 12-18 Years - United States, July-December 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022;71:52-8.
37. EMA. Meeting highlights from the Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) 25-28 October 2021 [Internet]. European Medicines Agency. 2021 [Citado 26 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac-25-28-october-2021>.
38. Effectiveness and protection duration of Covid-19 vaccines and previous infection against any SARS-CoV-2 infection in young adults | Nature Communications [Internet]. [Citado 26 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41467-022-31469-z>.

## PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. Con respecto a la vacunación frente a COVID-19 en adolescentes, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:**
  - a) El porcentaje de la población vacunada de 12 a 19 años es alrededor del 96% hasta finales de agosto de 2022.
  - b) La primera vacuna en ser administrada en España fue la desarrollada por Pfizer/BioNTech (Comirnaty).
  - c) La dosis de refuerzo es la que se administra con un mínimo de 28 días tras la pauta inicial de dos dosis en personas con inmunodeficiencias o que reciben tratamientos inmunosupresores.
  - d) a y b son correctas.
  
- 2. Con respecto a la condición post-COVID-19 es FALSO:**
  - a) Se define como la presencia de signos y síntomas que se desarrollan durante o hasta 3 meses después de la infección aguda por virus SARS-CoV-2.
  - b) Los síntomas y signos se mantienen de forma continua o fluctuante durante más de 8 semanas.
  - c) No se explican por un diagnóstico alternativo.
  - d) Se reporta más frecuentemente en hombres adolescentes.
  
- 3. En lo que respecta al SIMS-Peds, cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:**
  - a) Es una complicación potencialmente grave, que ocurre a las 2-6 semanas después de la infección por SARS-CoV-2.
  - b) El factor de riesgo más significativo es la obesidad.
  - c) La afectación respiratoria es la más relevante.
  - d) a y b son correctas.
  
- 4. Sólo una de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:**
  - a) La salud de los adolescentes no se verá afectada por la pandemia.
  - b) Todo hace pensar que va a aumentar la psicopatología, en especial los trastornos depresivos y de ansiedad.
  - c) La repercusión económica de la pandemia no guarda relación con los problemas de salud mental presentes o futuros.
  - d) Todos los pacientes con trastornos psiquiátricos ya diagnosticados han empeorado durante la pandemia.
  
- 5. ¿Cuáles de estos trastornos psiquiátricos HAN AUMENTADO en la pandemia?**
  - a) Los trastornos del espectro autista.
  - b) El síndrome de Tourette.
  - c) Los trastornos de ansiedad y depresivos.
  - d) El TDAH.





# Leire

## **E. Clavé Arruabarrena.**

Médico jubilado, Especialista en Medicina Interna. Guipúzcoa.

*Blog: relatoscortosej*

Ilustración: Omar Clavé Correas.

## 1

### Los padres de Leire y el doctor Riera

El doctor Clemente Riera aplicó todo su conocimiento y su experiencia durante días para librar de la muerte a Leire, pero su cuerpo no pudo resistir más. Cuando la muchacha exhaló su último suspiro, el facultativo sintió una enorme tristeza y un profundo vacío. La enfermera que le acompañaba pronunció algunas palabras antes de salir de la habitación, pero el médico ni siquiera la escuchó y se quedó a solas contemplando el cadáver. El rostro de la joven irradiaba una dulzura que, pese a la dureza de su final, nunca había llegado a perder.

El clínico trató de mitigar su pena recordándola viva, sonriendo, entretenida con sus juegos de bolsillo, pero, lejos de disminuir su congoja, apreció que una extraña mezcla de emociones y sentimientos de desazón, de frustración y de ira crecían en su interior, adueñándose de él, enmarañando su alma sin dejar resquicio para el consuelo. Mientras trataba de contener el desconcierto que le asediaba, entró la mamá de Leire, quien, desfallecida, se acercó a la cama donde yacía el cuerpo inerte de su hija; su marido la seguía por detrás gimiendo, con la respiración agitada. Ambos, con los ojos anegados en lágrimas, se abrazaron a la joven mientras repetían su nombre dando voces desgarradoras.

De pronto, sonó el mensáfono avisando al doctor Riera que se dirigiera al control de enfermería. Antes de salir de la estancia, el galeno posó su mano en el hombro de la mamá de Leire, quién, volviéndose hacia él, le abrazó. El dolor de aquella madre le conmovió hasta el punto que no pudo reprimir su llanto; luego, se les unió el papá de Leire y, los tres, permanecieron enlazados, hipando y sollozando un buen rato.

## 2

### Remordimientos

Al finalizar la jornada, Clemente abandonó el centro asistencial preso de un cansancio infinito y clamando en su interior contra la injusticia de la naturaleza. Junto al dolor y el desconsuelo, sentía remordimientos porque se daba cuenta de que Leire había fallecido sin que él la hubiera llegado a conocer bien. Nunca se le ocurrió preguntar si le gustaban las flores, si sabría reconocer el aroma de un tilo en flor, la fragancia de la madre selva, el perfume del jazmín o si, algún día, había disfrutado de un paseo por un prado cubierto de amapolas. Desconocía si le divertía tumbarse en la arena de la playa o le complacía el sabor a salitre en sus labios. Tampoco sabía si se emocionaba escuchando la música o el trino de los pájaros, si, al surgir el sol después de la tormenta, se maravillaba cuando aparecía el arco iris, o si, alguna vez, había notado que su rostro se arrebolaba al cruzar su mirada con la de algún joven que le agradaba.

El doctor Riera se sentía apesadumbrado al estimar que la ausencia de aquella adolescente solo le importaría a su familia; que su desaparición sería anónima para el resto del universo, como casi todas las muertes. Se preguntó si sus padres, sus hermanas, sus abuelos, ahora afligidos por el duelo, seguirían padeciendo con el correr de los años o si, ahora que ella ya no estaba, respirarían aliviados al comprobar que ya había dejado de sufrir. También consideró si, al fin, sus familiares alcanzarían la paz al saber que ya no deberían preocuparse de lo que le podría suceder a Leire cuando ellos ya no estuviesen; o si, a partir de ahora, todo sería confuso, con sentimientos encontrados de pena y de culpa cuando acudiera a ellos aquel pensamiento en el que, quizás un día, desearon su muerte y que, al momento, desecharon.

Por el camino, Clemente recordó cómo, cuando él era un niño y enfermaba, se aburría mucho guardando reposo en cama, los minutos transcurrían lentos y las horas se le hacían eternas. En ese instante, se detuvo a pensar si a Leire le ocurriría lo mismo, si los días y las semanas se le habrían hecho largos, y se estremeció al imaginar el posible padecimiento de la joven. Abrumado, alzó su mirada al cielo y rogó al Señor porque el tiempo de sufrimiento de Leire le hubiese parecido corto.

Sin apenas darse cuenta había llegado a su domicilio, abrió la puerta y, dirigiéndose a su dormitorio, se refugió en la cama llorando desconsolado.

### 3

## El recordatorio

Habían pasado ya cuatro meses desde su muerte cuando el doctor Riera recibió un sobre que contenía el recordatorio con una fotografía de Leire. Él no lo necesitaba para tenerla presente, no le era posible librarse de su recuerdo. Rememoró el día en que la había conocido, junto a otros niños y jóvenes que acudían a una institución especializada en la atención de enfermedades congénitas y degenerativas. Entonces era un médico maduro, con años de experiencia asistencial y, sin embargo, al entrar por vez primera en aquel centro, se quedó desconcertado por la algarabía reinante. Observó cómo algunos niños y adolescentes recibían tratamientos de fisioterapia, a otros les entrenaban en las habilidades necesarias para superar sus dificultades cotidianas, varios nadaban en una piscina climatizada acompañados de sus monitoras, los menos trataban de distinguir las letras y discernir los colores trazando líneas sobre folios en blanco o encajando puzles. El doctor Riera, que se había sentido ilusionado al recibir la llamada de los médicos del lugar para que les ayudara en el control de las infecciones –sobre todo respiratorias– que padecían, se sintió sobrecogido y acobardado al constatar las discapacidades de aquellos desventurados usuarios. Sin embargo, aquel temor se tornó en una especie de satisfacción a los pocos meses de atenderlos al saber que su presencia era realmente útil.

El establecimiento disponía de un prado ajardinado protegido por matorrales silvestres, fresnos, tilos y algunos robles, que se utilizaba como lugar de recreo de espera entre las distintas sesiones de fisioterapia. Escondido tras las cortinas de su despacho o bien oculto entre los rosales, el galeno observaba a los chicos y chicas acompañados de sus monitoras o de sus familias; de ese modo, podía sentir sus cuerpos palpitantes de vida en perfecta armonía con las estaciones del año: inquietos como pájaros en primavera, sesteando a la sombra de un árbol bajo el sol del estío, palideciendo tristes con la caída de las hojas y el viento del otoño, tiritando con los primeros fríos del invierno.

Fue de una manera casi imperceptible como se fue generando una cálida relación de amistad entre el doctor Riera y los padres, abuelos y hermanos de aquellos jóvenes que padecían alguna enfermedad o sufrido un accidente que les había incapacitado; o que, tocados por la desgracia, tenían algunos genes alterados. Se sentía cercano y solidario con sus historias personales –algunas de ellas complicadas–. Su espíritu se alegraba cuando reían y se ilusionaba con sus esperanzas, pero también, cuando le contaban sus cuitas, percibía sus sufrimientos, generándose situaciones que le producían un desasosiego especial. Era un mundo nuevo, desconocido, que despertaba en él un interés inusitado.

## 4

## Una tristeza serena

El doctor Riera se encerró en su despacho con la imagen de Leire en la mano, tan inocente, tan bella... La había atendido durante años de las secuelas de la enfermedad congénita que padecía; dolencia que la había abocado de manera inmisericorde a una discapacidad severa. Desde muy niña precisaba de una silla de ruedas para los desplazamientos, de cuidados para cualquier actividad que quisiera realizar, de fisioterapia respiratoria para preservar, dentro de lo posible, su función pulmonar y, en los últimos meses, de oxígeno que paliara su fatiga.

Al final, el destino cruel que su condición le había reservado se impuso y quienes cuidaban de aquella adolescente dejaron que la naturaleza siguiese su curso. Sin embargo, para Clemente no fue una tarea sencilla, pensaba que podía haber hecho algo más por ella, se culpaba de no haber sabido acompañar a Leire en su tránsito a la otra vida –o a la nada-, de abandonar a sus padres en el duelo, se sentía responsable de tantas cosas... Sabía que el tiempo restañaría mal que bien sus heridas, pero que las cicatrices afearían su alma alejándole aún más del resto de seres que pululaban a su alrededor.

Como destellos de la memoria, Clemente Riera percibió fragmentos de su niñez olvidada, de su juventud extrañada, de sus amores perdidos; periodos de contornos imprecisos, pero que lo habían modelado y convertido en un hombre retraído y sombrío. Nunca se había sentido a gusto en este mundo de desgracias y los años habían agravado su tristeza, su cansancio. Sobre pasaba la edad de la madurez, el tiempo de cosecha ya había caducado y su vida era de una grisura inconmensurable. Estaba inseguro, temeroso ante la jubilación y el declive de la vejez y, aunque todavía su cuerpo se mantenía firme, era consciente de que las horas, los días, los meses se desvanecían con rapidez, de que los años se le escapaban irremediabilmente. Temía al viento frío, a las ramas sin flor, a las hojas muertas, a la oscuridad tras haber llegado a este momento de su existencia y reconocer que la vida se la había perdido, malgastado.

Volvió a sentirse impotente, rabioso. Hubiera querido enmascarar su propia realidad, hacerla más tolerable, pero no sabía cómo liberarse de aquel bucle de emociones y sentimientos tan dolorosos y destructivos. Entonces, dirigió su mirada al recordatorio de Leire, a su fotografía, y, paulatinamente, la ternura que le inspiraba su recuerdo fue aliviando su espíritu atormentado. Y, cuando se hubo calmado, tomó la firme decisión de dedicar el tiempo que le quedara en esta tierra a tratar con cariño a los niños y jóvenes que acudían a aquel centro asistencial. Les ayudaría con sus conocimientos y, también, con lo que todavía restaba de su humanidad. Posiblemente, seguiría siendo un hombre taciturno, pero quizá, quién sabe, podría alcanzar la paz que su alma necesitaba, esa tristeza serena que él tanto ansiaba.



**L. Rodríguez Molinero.** Doctor en Medicina. Pediatra acreditado en Medicina del Adolescente por la AEP. Centro Médico Recoletas La Marquesina. Valladolid.

### “Mi hijo me ha tirado al suelo...”

Cuando se recibe a una madre y lo primero que nos dice es, Dr. “Mi hijo me ha tirado al suelo...” nos damos cuenta que algo no va bien en las relaciones intrafamiliares. En otros casos nos cuenta que “mi hijo me ha tirado de los pelos...” y otras situaciones de cierta violencia intrafamiliar que tenemos que valorar fundamentalmente escuchando y completando la información con alguna pregunta.

Lo cierto es que estas situaciones son cada vez más frecuentes y no es fácil encontrar una explicación sencilla capaz de resolverse en una consulta. Nos obliga a repasar la historia familiar y educativa que nos explique la situación actual y donde quizá encontremos los cambios necesarios para producir la modificación de una conducta no deseada.

La violencia sea verbal o física es una línea que nunca se debe sobrepasar en la sociedad y menos en la familia. Cuando se ha llegado a estos límites, antes se han producido transgresiones a las normas que se han consentido. Y como todos los aprendizajes (los buenos y los malos), suelen ir aumentando en frecuencia e intensidad, si no se han introducido mecanismo de contención.

Es importante conocer si estos episodios son repetidos o casuales, y si van o no seguidos de una reacción de arrepentimiento o toma conciencia de su “culpabilidad”. También es necesario saber si esas conductas se repiten en otros ambientes como el colegio o con los amigos. No es raro que el comportamiento extra familiar sea educado y muy adaptado a las normas sociales. Esto nos sugiere ¿por qué fuera de casa reconoce los límites y dentro no? Los informes del colegio o instituto y de los padres de los amigos, pueden aportar datos interesantes.

Lo sorprendente de estas situaciones es que muchas veces nos enteramos de algo que vienen sucediendo desde años antes y que o bien era vergonzoso para la familia hablar de ello o bien los profesionales no indagábamos sobre ello. Una vez más, suceden a nuestro alrededor problemas de salud que se mantienen ocultos. Han sido los medios de comunicación y algunos profesionales quienes han puesto de manifiesto este problema y han animado a ponerlo en conocimiento de los profesiones de salud más próximos.

Calificar estas conductas de maltrato y/o acoso filio-parental (VFP) puede ser exagerado o cierto, depende de los criterios que tengamos. Por esta razón la Sociedad Española para el Estudio de la Violencia Filio-Parental (SEVIFIP) en el año 2017 publicó una definición de consenso: “Conductas reiteradas de violencia física, psicológica (verbal o no verbal) o económica, dirigida a las y los progenitores, o a aquellas personas que ocupen su lugar. Se excluyen la relacionada con el consumo de tóxicos, la psicopatología grave, la deficiencia mental y el parricidio.”

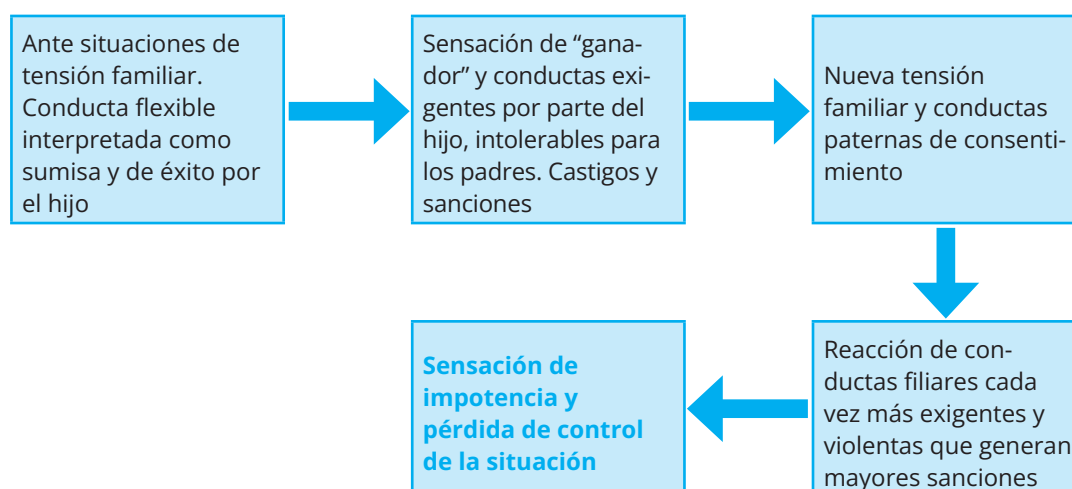
### Causas de la violencia filio-parental (VFP)

Se han descrito tres grandes apartados: sociales, educativos - familiares e individuales. Entre los primeros se destacan las diferentes tipologías de familias, el predominio de la productividad familiar sobre el afecto que conlleva escaso tiempo de contacto familiar, el modelo educativo de recompensa frente a la sanción...

Las razones familiares descritas como más influyentes son los modelos de relaciones paternas conflictivas, los estilos educativos tanto permisivos como sobreprotectores, la escasa tolerancia a la frustración, etc.

Como factores personales, encontramos las experiencias de violencia escolar o familiar, la baja autoestima, la impulsividad y el ambiente de consentimiento continuo, etc.

Se describe una evolución de la violencia filio-parental:



La VFP produce en los padres una frustración y una sensación de "hijo perdido", baja autoestima, situaciones depresivas, afectación a su equilibrio psicoemocional que suelen derivar en consultas en profesionales de salud mental. Y en no pocas ocasiones plantearse la separación-divorcio como alternativa.

## ¿Qué se puede hacer?

Mientras sea posible, empatizar con los padres (generalmente la madre) y ayudar a crear un clima de optimismo pensando en las posibilidades de producir un cambio en los elementos familiares. El desarrollo de la entrevista y la búsqueda de las causas que nos ayuden a conocer el problema, ya es en sí mismo una buena ayuda.

Evitar el sentimiento de la culpa y atender las situaciones de ansiedad, tristeza y pesimismo reinantes. Pensar que esta situación se viene sufriendo desde hace un tiempo largo y hay muchas malas experiencias que no son fáciles de olvidar. Los padres deben saber que, ante situaciones de extrema violencia, tanto los servicios de Protección de Menores o la propia policía están disponibles.

Además de las entrevistas con los padres buscar el encuentro con el hijo (más frecuente que hijas) y valorar como se vive la situación desde su visión, escuchando sus razones y valorando sentimientos de arrepentimiento o culpabilidad. Sin olvidar si se siente querido en la familia y el tipo de acusaciones que puede tener sobre los padres, su infancia, su estilo educativo. Ayuda mucho conocer que puede aportar al entendimiento familiar y si merece la pena seguir así. Hablar del perdón y del saber pedir perdón como habilidades personales que son capaces de producir cambios psicológicos únicos. Recordar que los padres le siguen queriendo, aunque se hayan producido situaciones donde parezca lo contrario. Dejar que el adolescente exprese sus propuestas y metas a corto y medio plazo.

Las entrevistas son largas, emotivas, llenas de tensión y acusaciones que el pediatra como "mediador" debe saber manejar. Es un profesional que conoce a la familia y en el que se deposita confianza, por eso han acudido a él. Si el profesional no se siente cómodo, debe acudir a los especialistas. Es un momento oportuno para reivindicar la figura del psicólogo clínico en los equipos de Atención Primaria.

A pesar de nuestras habilidades y el deseo de poder ayudar a estas familias, en no pocas ocasiones hay que recurrir a la derivación a los equipos de Salud Mental, explicando las razones de la derivación y dejando claro que la relación continúa y sería deseable tener una cita a los pocos días de ser atendido por los especialistas, aunque solo sea con cualquiera de los padres.

## Bibliografía

1. ¿Qué es la violencia filio-parental <https://www.fad.es/siof/pildora-informativa/violencia-filio-parental>. Fact. Individuales.
2. La violencia filio-parental. ¿Un subtipo de violencia de género? Una revisión bibliográfica de la figura de la víctima. <https://eduso.net/res/revista/21/el-tema-colaboraciones/la-violencia-filio-parental-un-subtipo-de-violencia-de-genero-una-revision-bibliografica-de-la-figura-de-la-victima>.

## Mi historia comienza en primero de la ESO...

por Juan, Estudiante

*Juan es un chico de 17 años que ha acudido a la consulta desde los nueve años. Tenía problemas de atención y de conducta. Ha sido atendido en diferentes gabinetes y ha llevado medicación intermitentemente debido a la conducta opo-sicionista. Su familia, ha sido protagonista en todo el proceso de cambio en Juan. Trabajo les ha costado. La paciencia, constancia, la confianza en su propio hijo y la fe en si mismos han hecho de Juan un chico de éxito.*

*Cuando propuse a Juan realizar una narración sobre lo que recuerda de sus años anteriores, enseguida se ofreció. Este relato, sincero, honesto y generoso, va dirigido a aquellas familias que tengan una situación parecida para que no pierdan la esperanza ni la ilusión de ver crecer a los hijos. Está escrito con el estilo natural y espontáneo con el que escriben los chicos ahora. Los hijos son los que dan sentido a la maternidad y la paternidad. Los padres no pueden perder el papel que les toca hacer, aunque en muchos momentos pudieran arrepentirse de haber tenido este hijo.*

Hola soy Juan y actualmente me encuentro en Canadá de intercambio haciendo segundo de bachillerato. Sinceramente si me dices hace años que acabaría donde estoy ahora mismo, probablemente hubiera apostado a que no.

Mi historia comienza en 1º de la ESO donde ya al empezar el curso era un chico bastante revoltoso que en clase buscaba más pasar un buen rato que estudiar o atender. De hecho por eso mis notas no eran muy buenas, de ahí que llegara a casa con malas noticias que no ponían muy contentos a mis padres. Aparte de eso para unos padres ver cómo su hijo llega del colegio y no estudia ni hace nada más que estar tirado en la cama y recibir notas de los profesores de mi actitud, no es bueno. Pero aparte de eso, problemas en casa como los hubo los siguientes años no hubo ya que al final, entre charlas con profesores y hablando con mis padres debido a que soy listo, saqué el curso.

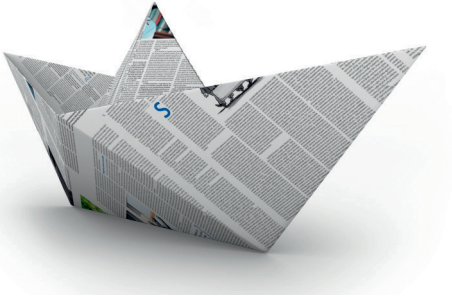
El verano transcurrió con normalidad. Cuando empezó segundo yo no tenía mucha motivación y mi actitud fue la misma que en el anterior año pero debido también a otros compañeros las pifias aumentaron. Y llegó un punto en el que ya no tenía ganas de ir al colegio porque, sí lo pasaba bien cuando la liaba, pero estaba cansado de broncas y de falsos amigos que muchas veces me obligaban a hacer pifias (no todas las hacía por lo que dijeran otros), eso no quita que tuviera buenos amigos que a veces me decían que lo estaba haciendo mal. Entonces me quedaba en la cama por la mañana y no iba al colegio y claro eso a la larga no se puede, entonces el colegio habló con mis padres y junto a eso yo estaba nervioso todo el día y hacía locuras como pegar a mis hermanos y molestarlos por tonterías y tratar mal a mis padres, sobre todo a mi madre ya que era con la que más tiempo estaba. Cuando el colegio influyó, llegó a venir el tutor a casa ya que vivía a un minuto del colegio para que me levantara y fuera, y ya llegó un punto que la policía entró en acción y venía a casa (vino al final 3-4 días). Entonces a partir de eso mis padres buscaron un psicólogo para ver qué pasaba y ayudar pero nunca llegó a funcionar y entonces al final con la policía volví a ir al colegio aunque el trato y la actitud en el colegio siguiera siendo mala al menos iba. Y al final acabe el curso como el anterior aprobando 7 en junio en los finales.

El cambio del chip fue que no.

En conclusión, yo no hubiera llegado aquí sin ayuda de mi médico Luis Molinero, que más que un psicólogo para mí era un amigo en el que poder confiar, ya que para mí decir que me iban a llevar un psicólogo me echaba mucho para atrás. También mis amigos del colegio Nico y Manu. Y un amigo de la infancia que en momentos que me encontraba solo siempre estaba ahí y fue el que me presentó a dos personas que ahora son unos de mis mejores amigos, Claudia y Gonzalo. Y como no hablar de *scouts*, una cosa que recomiendo porque ahí es un sitio en el que te sientes tranquilo y sin presiones y donde conocí a gente que me ha apoyado y de la que sigo teniendo muy buena relación ahora como Lucas, Yago, María y dos increíbles monitoras: Laura y Silvia. Y bueno la más importante de todas, que por eso la dejo para el final, fue mi familia, mis padres que son los que han pasado lo peor y a los que agradezco siempre todo lo que han hecho por mí y seguir confiando en mí siempre, a pesar de todo. Sobre todo mi madre que era la que peor lo pasaba. También mis hermanos que aunque nunca lo he dicho, en verdad son los mejores hermanos que se puede tener y a los que también quiero aunque me cueste decirlo, junto a todos mis primos y tíos que en mi caso tengo muchos y cuando nos juntamos pasamos el mejor rato posible y que también siempre me han apoyado. Y ahora ya sí, por último, que es lo que me hizo cambiar el chip en los estudios, es mi motivación de querer ser militar que es mi sueño y es por lo que estoy trabajando tanto ahora para lograrlo y también porque sé que a mi familia le va a encantar.

**F. Notario Herrero**

Pediatra. Unidad de Pediatría y Adolescencia. Clínica Ntra. Sra. del Rosario. Grupo HLA. Albacete. Presidente de la SEMA.



## Autolesiones y conducta suicida en adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado

Arrancamos en este número dedicado a problemas psicosociales en la adolescencia, con este título que ha sido el de un artículo (ARTICLE EN PRESS) en Anales de Pediatría y que aparecerá en breve, del que dispondréis de su contenido íntegro en nuestra página web. Que las conductas suicidas y las autolesiones han aumentado tanto en adolescentes, lo veníamos detectando a lo largo de los últimos años y en especial desde que se inició la pandemia por SARS-Cov-2, se ha hecho evidente un deterioro importante en la salud mental de nuestros adolescentes. La presencia de síntomas depresivos, autolesiones y conductas suicidas, entre otros, se han convertido en un problema de salud pública. Vayan por delante algunos datos, la Fundación de Atención de niños y adolescentes en riesgo (ANAR) atendió un 145 % más de llamadas de menores con ideas o intentos de suicidio y un 180 % más de autolesiones con respecto a los 2 años previos. En el año 2020, se suicidaron en España 14 menores de 15 años, el doble que el año anterior y con tendencia a empeorar, según los últimos datos. Entre los 15 y los 29 años, el suicidio es la segunda causa de mortalidad, solo superada por los tumores malignos. Más allá de los datos, la conducta suicida se acompaña de un gran impacto y de una estigmatización importante que complica el abordaje y la prevención. Las autolesiones y las conductas suicidas repercuten a corto y a largo plazo, no solo en los adolescentes afectados, sino también en el entorno familiar y social. En el artículo de referencia, se realiza un estudio descriptivo de conductas suicidas en urgencias pediátricas. Estudio multicéntrico de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), en el que también han participado la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil de la AEP, la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y la propia SEMA. Como conclusiones resaltar que los factores implicados en la conducta suicida son múltiples, y los pediatras deben conocer los que se pueden prevenir. Es esencial que los pediatras, especialmente en atención primaria, sepan atender estas consultas, comenzando por adquirir las habilidades necesarias para realizar una entrevista con actitud de apoyo y empatía. Los centros escolares son claves en la detección y la prevención. Por otro lado la formación en psiquiatría de la adolescencia debería facilitarse, incluyendo rotación obligatoria en psiquiatría para los MIR pediátricos.

## Obesidad y adolescencia

Aproximadamente un tercio de la población adolescente en España, presenta sobrepeso u obesidad, debido, entre otras causas, a los estilos de vida, que se han impuesto por la pandemia de COVID-19. Si bien es verdad que en los últimos 20 años la prevalencia mundial de la tasa de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes se ha duplicado, hemos pasado de 1 de cada 10 a 1 de cada 5. España y Reino Unido, tenemos el triste liderazgo del ranking. En la obesidad se mezclan factores culturales, ambientales, interpersonales, psicológicos, conductuales, neurológicos, etc., que se interrelacionan entre sí, influyendo en el adolescente y generando una patología crónica, no solo un problema estético. Las consecuencias de este fenómeno se traducen en comorbilidades derivadas, que se han convertido, como apunta el Prof. Jesús Argente en otra verdadera pandemia. Para resumir las opciones preventivas y terapéuticas que tenemos a mano los pediatras que atendemos a adolescentes estaban hasta ahora, la alimentación equilibrada, el ejercicio físico adecuado, controlado y el apoyo psicológico y estos siguen siendo los ejes básicos de nuestra actuación. Si bien recientemente tenemos otra opción terapéutica: un apoyo farmacológico para cerca del 30 % de adolescentes con sobrepeso y obesidad, el primer fármaco aprobado con la ampliación de la indicación de LIRAGLUTIDA, un análogo de péptido 1 (GLP-1), con una grandísima similitud al humano natural, para un grupo de edad entre los 12 y 17 años Esta opción nos abre un nuevo hito, no obstante, tendremos que ir utilizándolo y controlando la evaluación de los múltiples factores que influyen en la obesidad.

De alguna manera se trata de una medicina personalizada de la que los pediatras y endocrinólogos pediátricos iremos aprendiendo la respuesta individualizada en cada caso. Este tratamiento está aportando en los casos seleccionados con la conjunción de un estilo de vida saludable múltiples beneficios. En este sentido una llamada de atención en el informe de la OMS en el que define la obesogenicidad de los entornos alimentarios digitales como la suma de influencias, oportunidades o condiciones que el entorno digital posee para promover la obesidad en los individuos o poblaciones. Todo ello y mucho más en nuestro próximo CURSO SALUD INTEGRAL en la Adolescencia en su VIII edición, el próximo 21 de Abril en Madrid, en el que se actualizará este interesante tema de la OBESIDAD en el adolescente.

## ¿Cómo duermen nuestros adolescentes?

El descanso es un factor clave en el mantenimiento de una adecuada salud, tanto como la alimentación o la actividad física, pero quizá hasta ahora no le habíamos dado la importancia merecida. Investigadores del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), presentaron recientemente en el Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología un nuevo estudio, cuyo primer autor es Jesús Martínez, en el que han comprobado que la mayor parte de los adolescentes no duermen lo suficiente y esta situación se relaciona entre otros problemas con un exceso de peso y con una combinación de características preocupantes para la salud: exceso de tejido graso, hipertensión, y alteraciones metabólicas con aumento de lípidos y glucosa. ¿Qué recomiendan nuestros expertos en sueño? Pues recomiendan que los adolescentes deben dormir un mínimo de 8 horas, por debajo de esta cifra, consideramos que el descanso es insuficiente en cuanto a duración. La Academia Americana de Medicina del Sueño recomienda que los adolescentes de entre 13 y 18 años duerman entre 8 y 10 horas, para una óptima salud. Sin embargo, los datos demuestran que la realidad está muy lejos de las cifras marcadas como objetivo: menos de un tercio duermen al menos 8 horas, a los 12 años solo el 34 %, dato que se va reduciendo a medida que aumentamos la edad, así solo el 19 % a los 16 años. Por tanto, NO duermen lo suficiente y la conclusión es la prevalencia de sobrepeso y obesidad por esta razón. Además los adolescentes que menos duermen presentan puntuaciones promedio más altas de síndrome metabólico, por tanto factores relacionados con la enfermedad cardiovascular, es decir, factores de riesgo en la adolescencia, tradicionalmente asociados con edades mucho más tardías. Gonzalo Pin, Coordinador del Grupo de Sueño y Cronobiología de la AEP, llama la atención sobre tres factores que influyen en este sueño inadecuado: déficit de horas, sueño de mala calidad o alteraciones en el ritmo circadiano, lo que llamamos la cronodisrupción, por desfase en el reloj que sigue el adolescente, con su reloj biológico. La potente asociación entre el sueño y la segregación de hormonas como la leptina y la grelina, explicarían alguno de estos fenómenos. En resumen, mayor promoción de buenos hábitos del sueño en nuestras consultas a los adolescentes y recordar a los padres, que traten de ofrecer un buen ejemplo: horarios y limitar el uso de pantallas en las últimas horas del día.

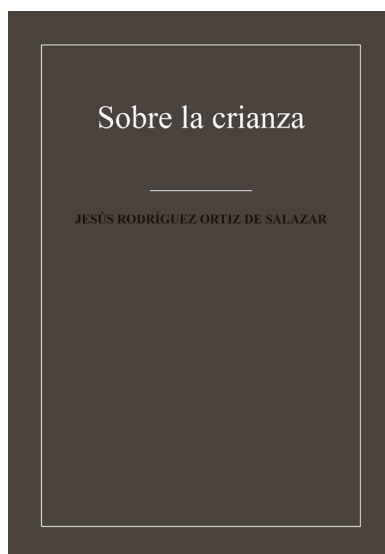
## Inmunizaciones en los adolescentes: recomendaciones 2023

Puntual a su cita como cada año, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, nos actualiza sus recomendaciones para la inmunización en adolescentes. Quizá la primera novedad es el propio Calendario de INMUNIZACIONES, concepto a tener muy en cuenta. Pero vamos a lo nuestro, tras agradecer sus actualizadas e interesantes aportaciones, máxime tras las últimas noticias de la aprobación por parte de la Comisión Nacional de Salud Pública del nuevo documento de la "ponencia de vacunas" de recomendaciones de vacunación frente a Men B, VPH, gripe y herpes zóster. Queremos destacar aquí un concepto que venimos repitiendo en los últimos años y es que en los adolescentes, las vacunas ya no son solo un refuerzo de las de la infancia, si no que son vacunas específicas para infecciones especialmente prevalentes en este grupo de edad como la enfermedad meningocócica invasiva o bien para prevenir infecciones adquiridas en la adolescencia o la juventud y que pueden tener repercusión en la edad adulta, como el caso del VPH. En nuestros adolescentes, las coberturas vacunales son significativamente más bajas que en la edad infantil, como también hemos destacado en distintos foros. Las causas, como tantas veces son multifactoriales: problemas socioeconómicos, comunicativos o de falta de formación, entre otros. Revisemos a la luz del nuevo calendario 2023 qué vacunas vamos a administrar, o mejor, deberíamos administrar en la adolescencia. A los 12-14 años, 5ª dosis de vacuna frente a la difteria, el tétanos y la tosferina (Tdpa). A los 11-13 años vacuna conjugada frente a los meningococos ACWY (Men ACWY), aconsejándose un rescate progresivo hasta los 18 años. Vacuna frente a SARS-Cov-2, actualmente autorizadas en nuestro país dos vacunas a partir de los 12 años. En menores de 18 años no está indicada en la actualidad la tercera dosis (dosis de recuerdo), excepto en los de muy alto riesgo o que reciban tratamiento inmunosupresor. Entre 9-14 años vacunación sistemática universal frente al VPH, tanto en chicas como en chicos, con dos dosis (0-6 meses) con vacunas VPH2 y VPH9. En cuanto a meningococo B, con las dos vacunas disponibles (4CMen B o MenB-fHbp), recomendación individual en los adolescentes no vacunados previamente. En diciembre de 2021, la SEMA junto con otras ocho sociedades científicas publicaron el Calendario de vacunaciones del adolescente, documento de consenso donde ya se comentaban estos aspectos. De todas formas os emplazamos de nuevo en nuestro Curso SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA - VIII Edición, el 21 de Abril próximo en Madrid, en la Sesión III: ACTUALIZACIÓN: VACUNACIÓN EN EL ADOLESCENTE. ¿Hacia un calendario de máximos? ¡Hasta pronto!



# Sobre la crianza

J. Rodríguez Ortiz de Salazar  
Ed. Norma 2021



El pediatra Dr. Jesús Rodríguez Ortiz de Salazar ha publicado un texto literario, que puede englobarse dentro del área de la filosofía y la pediatría a la vez, con reflexiones e ideas sobre el cuidado de los hijos.

Con título "Sobre la crianza", el Dr. Rodríguez escribe entendiendo la crianza como el arte de alimentar al otro, el arte de educar y el arte de hacer personas tratando de conseguir seres humanos sanos, alegres, fuertes, con calma, con personalidad y, sobre todo, libres. Utiliza una prosa poética, y organiza sus reflexiones en diferentes apartados, que tocan multitud de aspectos alrededor de la crianza y el cuidado de los hijos.

Describe las diferentes etapas de la vida del ser humano, incluso desde antes del nacimiento hasta la adolescencia y su independencia. Reflexiona sobre la aceptación de **#ser único#** "Ser único es el mayor activo que vamos a tener en la vida, por lo tanto, se trata de crecer como perso-

nas siendo el que somos" y nos explica la importancia de **#la educación#**, no solo por los padres sino en los diferentes ambientes donde se desarrolla el niño "Hay que educar, es una forma de querer. Educar queriendo y respetando al otro" y también de **#dejar ser#** en la relación con nuestro entorno "Dejar ser, prescindir de nuestro yo, de nuestra mirada, y ser capaces de percibir otro mundo, el mundo del otro".

Se abordan igualmente otros aspectos de la crianza como la alimentación, el sueño, los cuidados de la piel, el juego, los límites o la imagen... incluyendo apartados sobre la seguridad digital o la identidad de género.

El Dr. Rodríguez es pediatra y presidente de la Sección Pediátrica de la *Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB)*. Es padre de cuatro hijos y reside en Bilbao. Él mismo afirma que ha escrito este libro basándose en sus experiencias como padre y pediatra de más de 40 años de práctica médica.

Desde estas líneas expresamos nuestro agradecimiento al Dr. Rodríguez por su aportación con esta publicación poética al mayor y mejor conocimiento del mundo de la infancia y adolescencia.

C.E. de Adolescere

## Al Dr. Roberto Curi Hallal



14/10/1948 – 17/12/2022

Estaba ya finalizando el año 2022, cuando moría en Río de Janeiro el queridísimo Roberto Curi Hallal. Lo hacía en forma sorpresiva e inesperada y con plena coherencia de cómo había vivido, trabajado, pensado, actuado, sentido y amado en vida. Si algo era propio de Roberto y a lo que nos había acostumbrado era su capacidad de sorprendernos y maravillarnos por su originalidad. Cuando lo invitábamos a disertar o escribir sobre algo, sin irse del tema solicitado, entraba de pleno en el mismo y en forma maravillosa, tanto por lo que decía sino como lo expresaba; al finalizar su “palestra” al momento de las preguntas sus respuestas nos sorprendían aún más.

Nacido en Brasil, en el estado de Rio Grande do Sul, luego de recibido de médico vivió en Buenos Aires entre 1970 y 1976 formándose en la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina).

Así como se entregaba de pleno a sus exposiciones, apoyaba en forma desinteresada y con la misma pasión, todos los esfuerzos que desde Latinoamérica se realizaban para trabajar con, para y por adolescentes y jóvenes. Participa desde el inicio del Comité de Adolescencia de ALAPE (Asociación Latinoamericana de Pediatría) que comienza a funcionar en la década de los 80, como también lo hace con la naciente CODAJIC (Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe), años más tarde. Nunca aceptó, en ninguna de ellas, cargo directivo pese a los múltiples ofrecimientos que se hicieron en ese sentido. Se limitó a su cargo de asesor y su luz permitió que esos emprendimientos alcanzaran con el tiempo muchos de los objetivos que se habían planeado en su creación. Cuando los que estábamos en la vorágine de la acción societaria, nos distraíamos, la voz de Roberto se hacía oír para señalarnos que debía prevalecer el objetivo principal que eran los adolescentes y jóvenes.

Pese a su incansable labor profesional como médico psicoanalista, escritor y pensador, su espíritu solidario lo llevó también a trabajar en Proyectos Sociales a partir de la década de 1980. Creó el Instituto (IOPontes), los Programas de Niños de la Calle, Formación de Visitadores Sociales y Proyectos Sociales, con múltiples acciones solidarias en el Nordeste del Brasil, siempre desde la perspectiva de lo Humano, como principio, medio y fin.

Su dedicación a la escritura ameritó que lo nombraran miembro de ABRAMES (Academia Brasileira de Médicos Escritores) y días previos a su partida fue nombrado miembro de la Academia Libano-Brasileira de Letras, Artes y Ciencias.

La Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, contó con la presencia de Roberto Curi Hallal en varios de sus Congresos y asimismo lo convocó a escribir en su tratado sobre Medicina de la Adolescencia. En su 3ª edición en el Capítulo 154, tuvo la oportunidad de explayarse sobre el tema: **Adolescente marginado / inadaptado. Algún sentido para la vida de los excluidos** a mi entender representa una de sus obras más logradas. En la introducción desarrolla una profunda reflexión sobre la condición humana y al referirse a los excluidos escribe: *“Manifiestan una superposición de abandonos que se suman en una gigantesca y devastadora destrucción del orden moral y ético”* y más adelante agrega: *“Agrupadas todas las anormalidades sociales, las virtudes no se sostienen, porque ellas solamente se mantienen y quedan donde alguna base las sostenga, alguna esperanza las conduzca y alguna mirada reúna el coraje, la prudencia y el amor por el humano”*. Pero no permanece en la mera denuncia y afirma *“La propuesta es de un cuidado nuevo que invite la noción de que hay señales de vida fuera del abandono, que las faltas de cuidado no deban ser vengadas, que la muerte precoz no deba anticipar a la vida”*. Termina su maravillosa obra desarrollando los desafíos... *“Urge ver al mundo con nuevos conceptos y nuevos dispositivos que nos defiendan de estos dispositivos dominantes, que sensibilicen muchas conciencias. Este es el desafío para ayudar a los excluidos a tener una vida con menos injusticias”*.

Gracias Roberto, querido maestro por tu legado y por tu ejemplo. La muerte te encontró plenamente vivo. Cumpliste tu misión como esposo, padre, abuelo, también como amigo, pero por sobre todo como ser humano acompañado por una mente brillante y un corazón generoso que supo abrirse al mundo.

¡Misión cumplida! ¡Qué descansen en Paz!

*Dr. Gustavo Alfredo Girard*

Con motivo del fallecimiento de Roberto Curi Hallal el Comité de Adolescencia de ALAPE, solicitó de sus integrantes que hicieran llegar sus comentarios. Muchos de ellos me ayudaron en esta necrológica. <http://www.adolescenciaalape.com/node/415>.

## Respuestas correctas a las preguntas test

**Salud psicoemocional:** Respuestas correctas: **1e)** Las emociones primarias responden al acrónimo de MATIAS (miedo, asco, tristeza, ira, asco y sorpresa) y son aquellas estudiadas por Paul Ekman que tienen expresiones faciales propias y características que son compartidas interculturalmente. El resto de opciones son falsas, debido a que están incompletas o incluyen alguna emoción secundaria. **2c)** La primera opción es errónea puesto que la tristeza tiene una función filogenética para el organismo. La segunda opción es incorrecta puesto que las emociones no "se controlan o se eliminan" sino que se experimentan y se gestionan/modulan. Por último, las dos opciones posteriores describen las funciones de la alegría y del asco. **3d)** La primera opción se engloba dentro de las estrategias de primer nivel (aquellas que favorecen la regulación fisiológica) y que son posteriores a la identificación. El resto de opciones son incorrectas puesto que tanto los pensamientos alternativos (estrategias de segundo nivel como la co-regulación) corresponden a fases posteriores de la gestión emocional. **4b)** Las opciones a y c son emociones secundarias. El resto de opciones son emociones que buscan acercarse o alejarse socialmente, pero no el rechazo explícito. **5e)** La primera opción es errónea puesto que aunque las emociones no podemos cambiarlas, sí podemos gestionarlas y regularlas de diferentes maneras. La segunda opción es incorrecta puesto que existen estudios que demuestran que experiencias de apego posteriores pueden "reparar" estas primeras experiencias. Por último las opciones c y d están equivocadas puesto que la salud psicoemocional consiste en ser capaz de vivir toda la gama emocional, no existiendo emociones buenas o malas.

**Relaciones familiares, sus problemas ¿cómo abordarlos?:** **1d)** La fábula personal es una distorsión cognitiva (no emotiva). Es consecuencia de la audiencia imaginaria (no al revés). Son los adolescentes y no los niños quienes se consideran el centro de atención. Sí es relativamente frecuente la propensión a asumir riesgos innecesarios. **2c)** El grupo de iguales sí facilita la individuación, convirtiéndose en la referencia del adolescente. El adolescente sí se expone en ocasiones a conductas arriesgadas, y deberá diferenciarse respecto a su familia de origen. **3d)** Sí que ocurre con cierta frecuencia que algunos adolescentes se sienten "ninguneados" por sus progenitores. La creencia de que todos los adolescentes son emocionalmente inestables es falsa, si bien es cierto que sí dan más validez a las opiniones de sus iguales que a la de sus padres. Las distorsiones cognitivas referidas sí suceden con una frecuencia destacable. **4c)** Sí es relativamente frecuente que el adolescente intensifique su conducta como respuesta consciente o inconsciente a la normalización por parte de sus padres de sus alteraciones conductuales. **5d)** El único concepto que no ha sido propuesto por el autor es el control. Las dimensiones son Exigencia Vs Permisividad, y Apego Vs Desapego.

**Relaciones escolares/universidad; amigos, sus problemas y qué hacer:** **1c)** No tienen buena prensa los adolescentes y ellos lo saben. Lo cierto es que son un problema que preocupa a padres, profesores y autoridades sociales. Están con frecuencia en los medios protagonizando "escándalos". **2e)** Biológicamente, la maduración es un proceso que va de atrás a adelante, de la nuca (funciones más primarias) a la frente (funciones superiores). Se produce la mielinización lo que facilita la transmisión interneuronal. Aumenta la arborización y el aumento del número de sinapsis. También se produce la poda neuronal o la desaparición de aquellos circuitos que no se han desarrollado. **3e)** Nuestro cerebro está cambiando constantemente, tanto en su estructura como en su función. Esto nos permite aprender toda la vida. No hay dos cerebros iguales, y por eso los aprendizajes deben ser individualizados. No es posible un buen aprendizaje sin fomentar la curiosidad y los descubrimientos. El aprendizaje produce estímulos en los circuitos de recompensa mediados por dopamina, que activa el hipocampo y facilita el aprendizaje. Todo aprendizaje produce alegría y satisfacción, y nuestro cerebro tiende a repetir aquello que nos emociona. **4d)** El CS, es nuestra capacidad innata para la vida de relación. Las neuronas en espejo son aquellas que se activan ante las expresiones emocionales de otras personas, son las responsables del "efecto contagio" que permite que los sentimientos y emociones se transfieran a otras personas. Estas neuronas se encuentran principalmente en área frontal. El CS nos permite comprender la forma de pensar y de sentir de los demás. **5a)** Lo más difícil es la actitud, eso que nos viene de nuestra propia infancia y biografía. Cambiar las actitudes suponen un proceso costoso en tiempo y esfuerzo. Se basa en el autoconocimiento y la reflexión interna que sea capaz de producir la superación de los defectos que como educadores-cuidadores no podemos permitirnos. En ocasiones puede precisar ayuda especializada. Los adolescentes son muy sensibles a la actitud que se nota en el lenguaje no verbal y tira por tierra todos los esfuerzos como educadores-cuidadores.

**Salud digital:** **1c)** La respuesta 3 es falsa porque al menos 1 de cada 4 disponen de datos ilimitados. **2e)** La asociación entre el sueño y mayor tiempo de uso de pantalla tiene una evidencia débil. (La asociación entre el tiempo de uso de pantalla y el aumento de la adiposidad, la dieta poco saludable, los síntomas depresivos y la baja calidad de vida percibida sí tienen una evidencia sólida). **3c)** Aumenta y retrasa el sueño REM. El uso de pantallas antes de acostarse disminuye y retrasa el sueño REM. **4c)** Hay evidencia débil de la asociación del tiempo de pantalla con alteraciones del comportamiento, ansiedad, hiperactividad y falta de atención. **5d)** En la etapa adulta la FVD incluye la miopía de reciente aparición y el aumento de la progresión de la miopía existente convirtiéndose en una de las complicaciones de salud ocular más importantes. Es en la infancia y adolescencia en la etapa que la miopía de reciente aparición o el aumento de la existente se considera un síntoma de FVD.

## Respuestas correctas a las preguntas test

**Abusos, agresiones y otras formas de maltrato sexual en adolescentes: 1e)** Todos estos datos se describen como correctos en las publicaciones citadas en el texto. **2c)** En la esquizofrenia no se ha descrito asociada a maltratos sexuales, mientras que la depresión, la ansiedad, los trastornos de alimentación, el suicidio y otros, sí se han asociado. **3c)** No es posible una buena educación sexual sin tener en cuenta a los padres. La familia es el agente de educación sexual más importante. **4e)** Todos los datos señalados son correctos. **5d)** Cualquier profesional está obligado a denunciar ante la sospecha de maltrato sexual.

**Violencia del adolescente entre iguales, con los padres. MENAS. ¿Cómo actuar?: 1e)** La violencia en la adolescencia se refiere a comportamientos que tienen que ver con una confrontación directa con otros con la intención de producir daño (insultos, golpes) pero también cuando el objetivo es dañar el círculo social de la víctima o la percepción que dicho círculo tiene de la persona (difundir rumores, exclusión social). **2d)** Entre los factores más importantes se encuentran la educación familiar basada en patrones violentos y la asociación grupal de adolescentes que comparten conductas violentas. Los factores de vulnerabilidad o de riesgo también son múltiples, interrelacionados entre sí y difíciles de analizar por separado. **3a)** La violencia entre iguales en adolescentes es la forma más frecuente de violencia en estas edades. Su expresión puede ser mediante elementos físicos, emocionales, verbales o de tipología sexual. El subtipo más frecuente, el acoso escolar, lleva implícito un desbalance de poder. Existen varias estrategias de actuación. La más utilizada es el entrenamiento en habilidades sociales. **4d)** Siempre se debe analizar los factores de vulnerabilidad y de riesgo. Además, el entorno, la familia, etc. forman parte necesaria de la estrategia terapéutica. Siempre se realizan revisiones periódicas del caso para ver si todo va según lo planeado o hay que modificar algún aspecto. Para finalizar, el ingreso en un centro es la última opción terapéutica. El adolescente debe permanecer en su entorno siempre que sea posible. **5b)** Cualquier cambio vital significativo es de alto riesgo en los menores. La migración, especialmente cuando no están acompañados por un familiar, aumenta ese riesgo. Los factores de victimización tan elevados asociados a los MENAS establecen la existencia de más problemas de comportamiento y violencia que la población nativa. La legislación específica para MENAS establece medidas precisas para esta población.

**Adolescente con enfermedad crónica-discapacidad: 1b)** La definición de condición crónica engloba la enfermedad crónica pero también otras condiciones de salud como la discapacidad que no son necesariamente reconocidas como "enfermedad". El resto de las opciones están incluidas en la definición de Stein de condición crónica. **2e)** El grado de complejidad relacionado con una condición crónica no va a depender únicamente de los condicionantes físicos de la propia enfermedad o discapacidad. También van a ser determinantes los aspectos culturales y económicos del entorno donde se desarrolle el adolescente. **3e)** La capacidad para llevar a cabo una determinada acción relacionada con el autocuidado no va a implicar de manera necesaria la posibilidad de implementarla. Debemos tener en cuenta el contexto en el cual se debe realizar, para valorar su verdadero rendimiento autónomo. **4d)** La mayoría de edad legal está establecida en España en los 18 años. Sin embargo, esta edad es distinta en otros países, como Estados Unidos, que está fijada en los 21 años. Incluso la mayoría de edad sanitaria en España es antes, a los 16 años. El término "menor maduro" surgió en la década de los 70 en Estados Unidos y fue definido por la Asociación Americana de Pediatría como "aquel menor que puede dar su consentimiento para recibir asistencia médica cuando es capaz de tomar decisiones racionales y dicha asistencia puede verse comprometida por el hecho de informar a los padres". Con la mayoría de edad se reconoce la capacidad de obrar, salvo incapacitación. Esta capacidad puede ser reconocida en menores de edad que así lo demuestren, a partir de los 12 años. El consentimiento en materia sanitaria se podrá otorgar a partir de los 16 años. **5c)** La transición es un proceso, no un momento puntual, de gran importancia en la adolescencia de estos pacientes. Permite el acompañamiento del paciente en su tránsito hacia el mundo de los adultos, en concreto hacia la medicina de adultos. Para poder llevarse a cabo se necesita que el paciente adquiera capacidades y habilidades de manera progresiva relacionadas con su autocuidado y empoderamiento en salud. Esto le permitirá una adecuada adherencia al tratamiento, reconocimiento de empeoramientos clínicos y uso adecuado de los recursos tanto urgentes como de seguimiento. Sin embargo, hay pacientes en los que, por discapacidad, no podrán hacerse cargo de su propia salud por lo que sus cuidadores realizarán la transición en representación. Es un proceso complejo con varias barreras por ambas partes de la relación, el paciente y su entorno y el personal y sistema sanitarios.

**Caso clínico. Duelo amoroso: 1b)** El enamoramiento es un proceso psicológico que afecta a todas las edades y sucede en todas las sociedades conocidas. **2e)** Las consecuencias de la ruptura amorosa en adolescentes van a depender del género, la personalidad y de los estilos de (apego) vinculación. En muchas ocasiones se tienen recursos suficientes para afrontarlo, pero en otras no. Por eso la familia, los amigos y otros apoyos sociales son necesarios. En alguna ocasión es imprescindible la ayuda de profesionales con preparación en el tema. **3e)** En efecto, a pesar del sufrimiento de Juan, había muchos factores que han contribuido a normalizar la situación del duelo amoroso y que se citan en la respuesta.

**Adolescencia y COVID-19: 1d)** Respuestas a y b son correctas. La dosis a que hace referencia la opción c se denomina adicional. **2d)** La opción d es falsa, porque se reporta mayor número de casos en mujeres adolescentes. **3d)** La opción c es falsa, porque la afectación cardiovascular es la más relevante. **4b)** Ya hay publicaciones que así lo constatan. **5c)** En el momento actual no hay evidencia de que el resto de trastornos haya aumentado.

# adolescere

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



**sema**

Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia