



VOL. XLVII ■ SUPL.1 ■ 2007

Boletín de Pediatría



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

Miembro de la Asociación Española de Pediatría

ergon

Boletín de Pediatria

VOL. XLVII ▪ SUPL. 1 ▪ 2007

www.boletindepediatria.org



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN
Miembro de la Asociación Española de Pediatría



Incluido en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS)

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

PRESIDENTE:

Venancio Martínez Suárez

VICEPRESIDENTE POR CANTABRIA:

Santiago Montequi Nogués

VICEPRESIDENTE POR CASTILLA Y LEÓN:

Félix Lorente Toledano

SECRETARIO:

Julián Rodríguez Suárez

TESORERA:

Belén Fernández Colomer

PRESIDENTE DEL PATRONATO DE LA

FUNDACIÓN ERNESTO SÁNCHEZ VILLARES:

Alfredo Blanco Quirós

DIRECTOR DEL BOLETÍN:

Luis Miguel Rodríguez Fernández

DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB:

David Pérez Solís

VOCALES:

SECCIÓN HOSPITALARIA:

Andrés Concha Torre

ATENCIÓN PRIMARIA:

Flor Ángel Ordóñez Álvarez

CIRUGÍA PEDIÁTRICA:

José Antonio Álvarez Zapico

ASTURIAS:

Belén Aguirrezabalaga González

ÁVILA:

Antonio Martín Sanz

BURGOS:

Miriam Mata Jorge

CANTABRIA:

Juan Carlos Santos Sánchez

LEÓN:

Leticia Castañón López

PALENCIA:

Susana Alberola López

SALAMANCA:

Dorotea Fernández Álvarez

SEGOVIA:

Santiago Calleja López

VALLADOLID:

Juan Carlos Silva Rico

ZAMORA:

Víctor Marugán Isabel

RESIDENTES:

ASTURIAS:

Juan Mayordomo Colunga

CANTABRIA:

Lucía Díaz de Entresotos

CASTILLA-LEÓN:

Pablo Prieto Martos

COMITÉ EDITORIAL DEL BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

DIRECTOR FUNDADOR:

Ernesto Sánchez Villares[†]

DIRECTOR:

Luis Miguel Rodríguez Fernández

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Elena Burón (*Neonatología*)

Germán Castellano (*Medicina Pediátrica
y de la Adolescencia*)

Enrique García (*Investigación Básica*)

Santiago Lapeña (*Pediatria e Internet*)

Carlos Ochoa Sangrador (*Pediatria Basada
en la Evidencia*)

David Peláez Mata (*Cirugía Pediátrica*)

Marta Sánchez Jacob (*Pediatria Social*)

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Servicio de Pediatría. Hospital de León

Altos de Nava, s/n

24071 León

Tel.: 987 234 900 Ext.: 2252

e-mail: boletin@sccalp.org

Edición y Publicidad

EDICIONES ERGON, SA.

C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid)

Tel. (91) 636 29 30. Fax (91) 636 29 31

e-mail: estudio@ergon.es http://www.ergon.es

Soporte Válido. Ref. SVR nº 23

ISSN: 0214-2597 Depósito legal: S-74-1960

©2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Algunos derechos reservados.

e-revist@s





XVIII CONGRESO NACIONAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
MEDICINA de la ADOLESCENCIA de la A.E.P.

COMITÉ ORGANIZADOR

<i>Presidenta</i>	Teresa García Muñoz
<i>Vicepresidente</i>	Venancio Martínez Suárez
<i>Vocales</i>	Águeda García Merino Begoña Domínguez Aurrecoechea Carlos Díaz Vázquez Isolina Riaño Galán Rosa Rodríguez Posada Serafín Málaga Guerrero

COMITÉ CIENTÍFICO

<i>Presidente</i>	Manuel Crespo Hernández
<i>Vicepresidente</i>	Germán Castellano Barca
<i>Vocales</i>	Antonio Redondo Romero Francisco J. Álvarez García José B. López Sastre Josep M ^a Bofarull Bosch Luz M ^a Alonso Bernardo Raimon Pelach Paniker Teresa García Muñoz

JUNTA DIRECTIVA S.E.M.A.

<i>Presidente</i>	Germán Castellano Barca
<i>Secretario</i>	José Casas Rivero
<i>Tesorero</i>	Antonio Redondo Romero
<i>Vocales</i>	Inés Hidalgo Vicario José L. Iglesias Diz Josep M ^a Bofarull Bosch Raimon Pelach Paniker Teresa García Muñoz

Coordinación con el Ayuntamiento

Alfonso Rodríguez Fidalgo



Sumario

ENCUENTRO PARA JÓVENES DE INSTITUTO Y FORMACIÓN PROFESIONAL

- 1 Educación para la salud en la adolescencia: un paradigma pedagógico entre profesionales y jóvenes
J.M. Ania Palacio

- 5 Salud y deporte en la adolescencia
J. Egocheaga Rodríguez

SIMPOSIO I. AVANCES EN EL MANEJO DEL SOBREPESO Y DE LA OBESIDAD

- 8 Sobrepeso y obesidad en la adolescencia. Nuestra realidad
I. Riaño Galán

- 13 Actividad física e ingesta de leche con ácido linoléico conjugado (CLA) en personas sanas con sobrepeso
J. López Román, A.B. Martínez González, A. Luque, J.R. Iglesias, M. Hernández, J. A. Villegas

- 18 Efectos de la suplementación con ácido linoleico conjugado sobre parámetros relacionados con el metabolismo lipídico y la resistencia a la insulina en niños y adolescentes obesos
B. Bonet Serra, A. Quintanar Rioja, M. Viana Arribas

PRIMERA MESA REDONDA. ADOLESCENCIA DEL VARÓN

- 23 Prevención de la salud sexual y reproductiva del varón adolescente
E. Ruíz Castañé

- 25 Patología escrotal y peneana: escroto agudo, varicocele y curvatura congénita del pene
J. Sarquella Geli

- 31 Infecciones de transmisión sexual (ITS)
M.L. Junquera Llana

TALLERES SIMULTÁNEOS

- 37 Sexualidad
M. García Ruíz

- 41 La atención al adolescente en la práctica diaria. Problemas y soluciones
G. Castellano Barca

- 45 Drogas: ¿cómo actuar?
J. Zarco Montejó

- 49 Casos clínicos de TDA/H. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adolescentes
A. Fernández Jaén

- 53 Patología de la columna: prevención y tratamiento
M.A. Díez Ulloa

SEGUNDA MESA REDONDA. ADOLESCENCIA: DISTINTOS PAÍSES, DISTINTAS EXPERIENCIAS

- 59 Introducción
G. Castellano Barca

60 Atención Sanitaria al adolescente en Italia
V. De Sanctis

65 Adolescencia en Latinoamérica
S. Guijarro

79 Adolescencia: visión desde Amnistía Internacional
F.J. Fernández López

CASOS CLÍNICOS

86 Debut de colitis ulcerosa en un adolescente
C. Bousoño García, E. Ramos Polo, E. Taborga Díaz, M. García González, S. Jiménez Treviño, M. Crespo Hernández

92 Anticoncepción
J. Casas Rivero

COMUNICACIONES PREMIADAS

93 Hipertensión arterial y perfil ingestivo salino en la fibrosis quística
J.J. Díaz Martín, S. Campuzano Martín, C. Bousoño García, C. Perillán Méndez, S. Málaga Guerrero

94 Sexualidad, salud percibida y uso de la sanidad entre adolescentes. Comparativa entorno semirural-entorno urbano
J. Rodríguez García, C.A. Díaz Vázquez, L. González Guerra, B. Domínguez Aurrecochea, R. Labra Álvarez, P. Martínez Fernández, M. Fernández Fernández

94 Evolución de la prevalencia de obesidad y sobrepeso en adolescentes de Oviedo (1992-2006)
J.J. Díaz Martín, L. Somalo Hernández, M. García González, I. Riaño Galán, S. Málaga Guerrero

VI CONFERENCIA BLAS TARACENA DEL PIÑAL

96 La tiranía de los jóvenes
J. Urra Portillo

101 **PRESENTACIÓN DE POSTERS**

Summary

MEETING FOR HIGH SCHOOL AND OCCUPATIONAL TRAINING YOUTH

- 1 Health education in the adolescence: a pedagogic paradigm between professionals and youth
J.M. Ania Palacio

- 5 Health and sports in the adolescence
J. Egocheaga Rodríguez

SYMPOSIUM I. ADVANCES IN THE MANAGEMENT OF OVERWEIGHTNESS AND OBESITY

- 8 Overweightness and obesity in the adolescence. Our reality
I. Riaño Galán

- 13 Physical activity and intake of milk with conjugated linoleic acid (CLA) in healthy overweight persons
J. López Román, A.B. Martínez González, A. Luque, J.R. Iglesias, M. Hernández, J.A. Villegas

- 18 Effects of supplementation with conjugated linoleic acid and parameters related with lipid metabolism and insulin resistance in obese children and adolescents
B. Bonet Serra, A. Quintanar Rioja, M. Viana Arribas

FIRST ROUND TABLE. THE ADOLESCENCE OF THE MALE

- 23 Sexual and reproductive health prevention in the adolescent male
E. Ruiz Castañé

- 25 Scrotal and penile disease: acute scrotum, varicocele and congenital curvature of the penis
J. Sarquella Geli

- 31 Sexual transmission infections (STI)
M.L. Junquera Llana

SIMULTANEOUS WORKSHOPS

- 37 Sexuality
M. García Ruiz

- 41 Attention to the adolescent in the daily practice. Problems and solutions
G. Castellano Barca

- 45 Drugs: how to act?
J. Zarco Montejó

- 49 Clinical cases of ATD/H. Attention deficit/hyperactivity disorder in adolescence
A. Fernández Jaén

- 53 Spinal disease: prevention and treatment
M.A. Díez Ulloa

SECOND ROUND TABLE. ADOLESCENTS: DIFFERENT COUNTRIES, DIFFERENT EXPERIENCES

- 59 Introduction
G. Castellano Barca

60 Health care to the adolescent in Italy

V. De Sanctis

65 Adolescence in Latin America

S. Guijarro

79 Adolescence: view from International Amnesty

F.J. Fernández López

CLINICAL CASES

86 Onset of ulcerous colitis in an adolescent subject

C. Bousoño García, E. Ramos Polo, E. Taborga Díaz, M. García González, S. Jiménez Treviño, M. Crespo Hernández

92 Contraception

J. Casas Rivero

PRIZE-WINNING COMMUNICATIONS

93 Arterial hypertension and Saline intake profile in cystic fibrosis

J.J. Díaz Martín, S. Campuzano Martín, C. Bousoño García, C. Perillán Méndez, S. Málaga Guerrero

94 Sexuality, health perceived and use of the health care services among adolescence population. Comparison of the semirural-urban setting

J. Rodríguez García, C.A. Díaz Vázquez, L. González Guerra, B. Domínguez Aurrecochea, R. Labra Álvarez, P. Martínez Fernández, M. Fernández Fernández

94 Evolution of the prevalence of obesity and overweightness in adolescents in Oviedo (1992-2006)

J.J. Díaz Martín, L. Somalo Hernández, M. García González, I. Riaño Galán, S. Málaga Guerrero

VI CONFERENCE BLAS TARACENA DEL PIÑAL

96 The tyranny of the youth

J. Urra Portillo

101 **PRESENTATION OF POSTERS**

Encuentro para jóvenes de instituto y formación profesional

Educación para la salud en la adolescencia: un paradigma pedagógico entre profesionales y jóvenes

J.M. ANIA PALACIO

Médico y Docente I.E.S. Cerdeño

INTRODUCCIÓN

La *educación sanitaria* o, como preferentemente se la denomina en la actualidad, Educación para la Salud, ha estado caracterizada históricamente por una serie de variables, que la han hecho inconstante en el tiempo, deficitaria en los recursos empleados, poco atractiva en su forma de llegar a los jóvenes y escasamente efectiva en los métodos empleados para alcanzar un *compromiso saludable* de niños/as y jóvenes en general. No obstante, se presenta en la actualidad como un importante reto, creciente en demanda social y apasionante profesionalmente desde el punto de vista pedagógico y sanitario, pero limitado en la escasa sensibilidad política.

Los profesionales de los diferentes ámbitos (socio-sanitarios y educadores) y los responsables familiares (madres, padres u otras figuras) empeñados en un *objetivo común*, la mejora y/o modificación del *conocimiento, actitudes y comportamiento*, hemos centrado nuestros esfuerzos en orientar o modificar el *comportamiento* en una dirección determinada, probablemente preestablecida y supuestamente saludable. El *vehículo* utilizado para ello ha sido la ampliación, mejora o modificación de los conocimientos y las actitudes, entendiendo la salud demasiadas veces como una responsabilidad individual.

Conscientes de que las conductas humanas no dependen únicamente de factores individuales, las evaluaciones

realizadas en materia de Educación para la Salud nos demuestran que las acciones dirigidas sólo a los individuos son poco eficaces y que actuar sobre los conocimientos, en espera de consolidar conductas saludables, puede ser necesario pero, en ningún caso, suficiente. Es conveniente, pues, una visión que considere a la persona desde una perspectiva holística, en la que cada proyecto de vida, que son los jóvenes, adquiera las competencias psicosociales necesarias.

Las competencias psicosociales, entendidas tal y como en 1993 fue definida por la Organización Mundial de la Salud: "*Capacidad de una persona para afrontar con éxito las exigencias y desafíos de la vida diaria y para mantener un estado de bienestar mental que es evidente mediante un comportamiento positivo y adaptable, en la interacción con las demás personas y con el entorno social y cultural*", deben estar presentes en nuestra práctica profesional, ya que requiere cambios en la estrategia a seguir, con el fin de superar los errores pedagógicos y didácticos que se han estado produciendo hasta el presente.

PARADIGMA PEDAGÓGICO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Debemos revisar el marco conceptual de la Educación para la Salud en aras a resolver el paradigma pedagógico

Correspondencia: Dr José Manuel Ania Palacio. Foncalada 27. 33001 Oviedo
Correo electrónico: josemap@princast.es

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

que se plantea entre dos modelos claramente contrapuestos, un modelo tradicional **moralista** y un modelo actual **democrático**, que nos sitúa en la disyuntiva de seguir haciendo Educación Sanitaria para los jóvenes o hacer Educación Sanitaria con los jóvenes.

El primero, inspirado en la cultura “judeo-cristina” que caracteriza nuestra sociedad, presenta a los jóvenes una visión negativa del proceso salud-enfermedad que se justifica en relación a su estilo de vida y sugiere un cambio de comportamiento en una dirección determinada. Trasladado a nuestra práctica profesional, a la forma tradicional de hacer Educación Sanitaria, nos debe llevar a la reflexión sobre la evidencia constatada de que pretender alcanzar objetivos de promoción de la salud a base de definir y establecer las pautas de las conductas saludables no les motiva ni interesa, lo que nos obliga a un cambio en la estrategia metodológica a seguir.

El segundo, claramente incompatible con el anterior e inspirado en el bienestar, toma en consideración, además del estilo de vida, las condiciones de vida de los jóvenes y plantea hacer Educación Sanitaria con los jóvenes y no para los jóvenes. Responde, pues, a esa necesidad de cambio manifestada, un cambio metodológico que los profesionales debemos ir adoptando en busca del **compromiso** personal y social de los jóvenes, su implicación y participación en la gestión del proceso de adquisición de capacidades o habilidades para la vida. La Educación para la Salud **democrática** es actualmente la alternativa para educar en el **valor de la salud** entendido desde una perspectiva de la **educación para valorar**. Hablamos, pues, de un modelo que convierte a los jóvenes en actores principales de su propio proceso de enseñanza-aprendizaje, en la búsqueda y consolidación del **compromiso** con la salud y en la adquisición de las **capacidades** necesarias para una vida saludable.

En cualquier caso, tampoco debemos olvidar el enfoque **ecológico** de la salud, teniendo en cuenta los factores geofísicos, ambientales, biológicos y psicosociales que influyen de forma determinante, para plantearnos también que un **objetivo importante** en materia de promoción de la salud es la **sostenibilidad** que garantice la preservación de la biodiversidad, el mantenimiento de los procesos ecológicos, el uso racional de los recursos, el fortalecimiento de la identidad cultural, la concienciación y respeto social y una mayor eficacia en las medidas legislativas.

Nos encontramos, pues, ante una nueva necesidad en materia de promoción de la salud *Educación para la salud*, que entraña un enfoque pedagógico diferente, una nueva forma de planificar y educar en los diferentes ámbitos de intervención (centros educativos, centros de salud, familias, medios de comunicación, etc.).

ENFOQUE DE HABILIDADES PARA LA VIDA

Enfoque propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993, que entraña un cambio de estrategia y la necesidad de que profesionalmente vayamos sustituyendo el modelo convencional por un planteamiento acorde con las nuevas tendencias.

La Organización Mundial de la Salud ha definido diez habilidades básicas que las personas deben desarrollar desde las etapas iniciales de la vida, porque contribuyen a la construcción del propio proyecto de vida que cada joven tiene derecho a forjarse

Trabajar en esta dirección requiere por nuestra parte la adopción del modelo **democrático**, ya que el desarrollo de habilidades se presenta claramente incompatible con el modelo moralista.

Las diez habilidades propuestas son las siguientes:

1. **Conocimiento de sí mismo:** reconocimiento de nuestra personalidad, fortalezas, debilidades.
2. **Comunicación efectiva o asertiva:** habilidad para expresarse de manera apropiada al contexto en el que se vive.
3. **Toma de decisiones:** capacidad para construir racionalmente las decisiones cotidianas de nuestra vida.
4. **Pensamiento creativo:** utilización de los procesos de pensamiento para buscar respuestas innovadoras a nuestra situación vital.
5. **Manejo de emociones y sentimientos:** reconocer y manejar positivamente nuestras emociones y sentimientos.
6. **Empatía:** capacidad para ponerse en el lugar de otra persona y, desde esa posición, captar sus sentimientos.
7. **Relaciones interpersonales:** competencia para interactuar positivamente con las demás personas.
8. **Solución de problemas y conflictos:** destrezas para afrontar constructivamente las exigencias de la vida cotidiana.

9. **Pensamiento crítico:** capacidad para analizar con objetividad experiencias e información, sin asumir pasivamente criterios ajenos.
10. **Manejo de la tensión y el estrés:** capacidad para reconocer nuestras fuentes de tensión y actuar positivamente para su control.

ALGUNAS ORIENTACIONES A CONSIDERAR EN NUESTRA RELACIÓN PROFESIONAL CON LOS RESPONSABLES FAMILIARES Y LOS JÓVENES

- **Enfoque:** es necesario que educadores y responsables familiares seamos *positivos en nuestra relación con los jóvenes*, tratando de ver el lado bueno de las cosas y discutiendo los aspectos positivos que en cada adolescente hay. Ayudarles a formarse una imagen positiva de sí mismos, que favorezca la autoestima de la persona, es un objetivo muy importante desde el punto de vista educativo.
- **Normas:** la existencia de *normas de comportamiento* es esencial durante el desarrollo y a lo largo de toda la vida. En la relación con ellos y ellas, debemos utilizar el argumento como criterio y nunca la imposición ya que sólo denota nuestro propio fracaso en la gestión de las relaciones con los jóvenes. Es necesario dialogar y negociar pero una vez establecidas las normas, deben ser claras, de obligado cumplimiento y no permitir que haga lo que se quiera y en cualquier momento. Para ello hay que respetarlo y exigirle que se respete y, sobre todo, no ser inconstante o irregular, cambiando fácilmente de criterio respecto a una norma.
- **Imitación:** la *imitación* forma parte del proceso educativo, ya que los valores no se enseñan, sino que se transmiten, de ahí la importancia en las primeras etapas de los modelos de los adultos en general, ya sean los responsables familiares, los educadores o el personal sanitario. La relación entre iguales y los medios de comunicación contribuyen también a la creación de modelos. Todos y cada uno tienen una importancia relativa en cada etapa de la vida, debiendo los adultos prestar más atención y cuidar esmeradamente nuestros hábitos de vida, el lenguaje, el comportamiento, la responsabilidad, etc., por su trascendental incidencia en los jóvenes.
- **Autonomía personal:** la *autonomía personal* es un elemento importantísimo en la educación que no se debe descuidar. Hay que dar la autonomía que corresponde a cada edad, buscando el equilibrio sin caer en la sobreprotección o el exceso de libertad que conduzca fácilmente al abandono.
- **Ambiente familiar:** el *clima familiar* requiere cariño, alegría, diálogo y mucha dedicación. Como criterio general, es recomendable, que cuando llega del colegio o instituto a casa se encuentre siempre con alguien querido (un responsable directo, sea padre, madre, tutor, etc.) y no delegar esta función a terceras personas, porque nos aleja sin darnos cuenta de ellos y ellas. En esa relación familiar de cordialidad y sinceridad hay que expresar el afecto y cariño, saber animarle en los momentos difíciles, encauzarle a resolver las dificultades de relación entre iguales, a seguir los estudios siempre demostrándole que el sacrificio merece la pena. Además, cada día hay que dedicar unos minutos al menos a estar juntos, charlar, contarles cómo nos ha ido el día, el trabajo, las cosas de la casa y sobre todo escúchele, especialmente cuando está proclive a contar. Al escuchar no valore o juzgue lo que oye. Debe saber esperar a otro momento para reconducir las cosas. En definitiva, un clima propicio es aquel que ofrece afecto, sinceridad, respeto, ambiente de trabajo responsable, orden, intimidad y evita cualquier tipo de dramatización.
- **Ámbito de decisión:** el ámbito de decisión en el plano personal corresponde al joven pero, a determinadas edades es conveniente ayudarles a decidir, especialmente cuando solicita ayuda. Cuando le pide que manifieste su punto de vista, es necesario ser sinceros, claros y explícitos, sin caer en el error frecuente de tomar decisiones por ellos/as. En los asuntos de todos, los referidos a la familia, es conveniente el diálogo con cada parte y tomar en consideración las aportaciones aunque, en última instancia, la decisión sea tomada por los responsables familiares.
- **Juicios de valor:** es importante manejar con mucho tacto y gran sensibilidad las diferentes situaciones o vivencias que se presentan. Para ello deben evitarse los juicios de valor, sobre todo en los momentos importantes del diálogo, donde se produce una auténtica comunica-

ción. No deben hacerse nunca descalificaciones y no se puede caer en el error de comparar a los hermanos/as.

COORDINACIÓN DE LOS RESPONSABLES FAMILIARES CON EL CENTRO EDUCATIVO Y CON EL CENTRO DE SALUD

La asistencia periódica de los responsables familiares al Centro Educativo es una cuestión vital, a la que muchas familias no le prestan suficiente atención. La visita permite conocer la actitud, las relaciones, el comportamiento y la evolución académica que experimenta fuera del ámbito familiar. Visitar al tutor/a periódicamente aporta mucha información, que puede revertir muy positivamente en el joven. Reforzar la conducta de los profesores, asumir como propias, las pautas que el centro le marque en materia de estudios, actividades, etc., crea un ambiente de responsabilidad y compromiso que genere hábito de estudio regular y propicia el éxito en los estudios. Algunos Centros Educativos ofrecen a las familias asesoramiento y formación a través de las Asociaciones de Madres y Padres (AMPA). En caso de problemas o dudas, hable

directamente con el profesorado. Verifique el plan de trabajo y estudios y ocúpese de que cumpla las tareas que el Centro le manda para casa y de que estudie con regularidad. Igualmente la asistencia regular y periódica con el niño/a o joven a los Servicios de Salud (pediatra), permite un seguimiento del desarrollo y estado de salud, y recibirá el apoyo y asesoramiento personalizado en materia de Educación sanitaria.

En definitiva, se trata de adquirir una expectativa positiva y real de niños/as y jóvenes que nos permita a los profesionales y a los responsables familiares contribuir de la forma más exitosa posible a la construcción de cada proyecto de vida y felicidad que son los jóvenes.

*Porque la Salud y la Educación,
no pueden ser un privilegio,
trabajemos juntos,
Educadores, Sanitarios y Responsables Familiares
y contribuyamos,
en la construcción de
cada proyecto de vida y felicidad,
que son nuestros niños/as y jóvenes.*

Encuentro para jóvenes de instituto y formación profesional

Salud y deporte en la adolescencia

J. EGOICHEAGA RODRÍGUEZ

**Traumatólogo y Especialista en Medicina Deportiva. Oviedo*

INTRODUCCIÓN

La realización de ejercicio físico habitual influye de manera muy importante en el grado de salud y bienestar de las personas. La actividad física debería ser asignatura cotidiana en los planes de estudio en un intento de habituar a las poblaciones más jóvenes, desde la más tierna infancia, a la práctica de la misma. La calidad de vida de las personas adultas, así como su predisposición a padecer las enfermedades más frecuentes que hoy nos agobian, están directamente influenciadas por la práctica, habitual o no, del ejercicio físico.

El deporte influye de manera directa y clara en la evitación del desarrollo de aquellas patologías que nos acompañan con frecuencia en nuestro medio:

- Cardiopatías.
- Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial.
- Osteoporosis.
- Obesidad.
- Efectos sobre el aparato locomotor.
- Riesgo de muerte súbita.
- Hábitos inadecuados (tabaquismo, alcoholismo...).
- Percepción de la vejez.

Estaríamos faltando a la verdad si no aceptásemos que, igualmente, la práctica habitual de ejercicio presenta algunos riesgos y/o inconvenientes:

- Lesiones, accidentes.
- Alteraciones endocrinas.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Temperaturas extremas (hipo e hipertermias).

Sin embargo, es de justicia afirmar que puestos ambos elementos consecuentes a la práctica deportiva en una balanza, los beneficios serán siempre con creces superiores a los perjuicios.

La medicina del deporte, en su esencia, se encuentra bastante alejada de los preceptos que sobre ella evocan gran cantidad de personas. Debido fundamentalmente a los medios de comunicación, el público en general considera que el médico del deporte es aquel doctor que se ocupa exclusivamente de los deportistas y equipos de élite. Nada más lejano a la verdad. El ejercicio físico es una realidad inherente a todas las personas ya que, antes de que nuestra sociedad de consumo nos convirtiese desde hace pocas fechas en "*homo sedentarius*", los seres humanos requerían del esfuerzo físico para sobrevivir. Así, la mayoría de las enfermedades que hoy nos atrapan se relacionan de manera directa con la actitud sedentaria que nos abraza peligrosamente. Por ello, el médico del deporte se ocupa de gran cantidad de enfermedades, siendo el encargado de **recetar ejercicio**, en un intento de prevenirlas e incluso curarlas. La realización de actividad física de manera seriada y habitual asociada a unos buenos hábitos ali-

Correspondencia: Dr. Jorge Egocheaga Rodríguez. Traumatólogo y Especialista en Medicina Deportiva. C/ Hermanos Pidal 24B, 1º derecha. 33005 Oviedo

Correo electrónico: jegocheaga@yahoo.es

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
 Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

mentarios son dos pautas a las que cada vez se les da mayor importancia en la prevención de las enfermedades más frecuentes. Por ello, creo importante insistir en la trascendencia que presenta el habituar al niño y al adolescente a una práctica activa del deporte, que no deberá ser abandonada en los difíciles y cruciales momentos de la adolescencia.

Podemos clasificar el tipo de actividad a desarrollar en función de la intensidad de la misma que, a su vez estará íntimamente relacionada con los objetivos propuestos. Tenemos así:

1. Nivel de alta competición.
2. Entrenamiento regular a nivel de club.
3. Deporte recreativo.
4. Deporte bajo recomendación médica.

A fuerza de ser sinceros, hemos de decir que, desde el punto de vista de la salud y el bienestar, los niveles de actividad física recomendables son los que engloban los puntos 2 y 3. El deporte de alta competición nunca será saludable y aquel que diga lo contrario, miente.

Podríamos clasificar a los jóvenes en función del tiempo que dedican a realizar alguna práctica de ejercicio. Tenemos así:

1. Sedentario: < 1 sesión/mes.
- 2a. Deportista ocasional: 1-11 sesiones/mes.
- 2b. Deportista ocasional: 12-19 sesiones/mes.
3. Deportista regular: > 20 sesiones/mes.
4. Deportista de alta intensidad.

Lo ideal sería realizar entre 16 y 20 sesiones mensuales de actividad con una duración media de 30 a 45 minutos. Echando cuentas, vemos que lo ideal no requiere de mucha dedicación ni tiempo.

También podemos realizar una clasificación en función del tipo de actividad desarrollada y grado de implicación en la misma. De más jóvenes a más adultos, tendríamos:

- Niños en deporte de iniciación.
- Niños en deporte de rendimiento.
- Jóvenes de deporte recreativo.
- Jóvenes deportistas de competición.
- Jóvenes deportistas de élite.
- Adultos de deporte recreativo.
- Adultos deportistas de competición.
- Mayores deportistas.

Creemos importante aclarar que, desde el punto de vista de la salud, la realización de deporte de alto rendimiento en edades tempranas nunca está justificada. No podemos ni debemos quemar etapas en el desarrollo psicomotor del niño y adolescente; hacerlo, cosa no infrecuente, constituye un atentado al buen hacer deportivo y del médico.

Los objetivos o motivos por los que la gente en general realiza ejercicio físico son muchos y variados. Podemos resumirlos en tres grandes apartados:

- Estar en forma.
- Distracción.
- Relación social.

Cualquiera de ellos es válido y loable. Vemos cómo en los últimos tiempos existe una tendencia en aumento a desempeñar actividad en los gimnasios. Las amplias ofertas realizadas por los mismos en variedad de actividades, así como la posibilidad de realizarlas con música y en compañía de gente, facilitan el proceso actuando de impulso y lucha frente a la pereza imperante. Es difícil acudir a “castigarse” después de un duro día de estudio y/o trabajo; pero todo se simplifica si lo que nos espera son buenos amigos, música y el pasar un rato divertido. Normalmente, la gente afirma que, después de la actividad, a pesar del esfuerzo físico, se encuentran más descansados que al inicio. Esto presenta gran importancia en el quehacer diario del estudiante. Nada mejor que un espacio de deporte antes de ponerse delante de los libros. La mente estará mucho más despierta y accesible al estudio.

Por otro lado, vivimos en una sociedad de prisas, en la que es difícil establecer relaciones fuera del entorno habitual de estudios y/o trabajo. Los grupos de deporte facilitan en gran medida, el establecimiento de relaciones sociales y, por ello, en la ampliación de los círculos de amigos, elemento fundamental en el mantenimiento de un correcto equilibrio psíquico.

Hemos de señalar como importante la necesidad de realizar un reconocimiento médico deportivo a toda persona que se vaya a iniciar en la práctica deportiva, así como a todos los niños, de manera previa a que realicen deporte de forma más o menos reglada. Éste servirá para:

- Valorar la salud del deportista.
- Descubrir patologías de riesgo.
 - Corregir defectos.
 - Valorar función cardiorrespiratoria.
 - Valoración musculoesquelética.

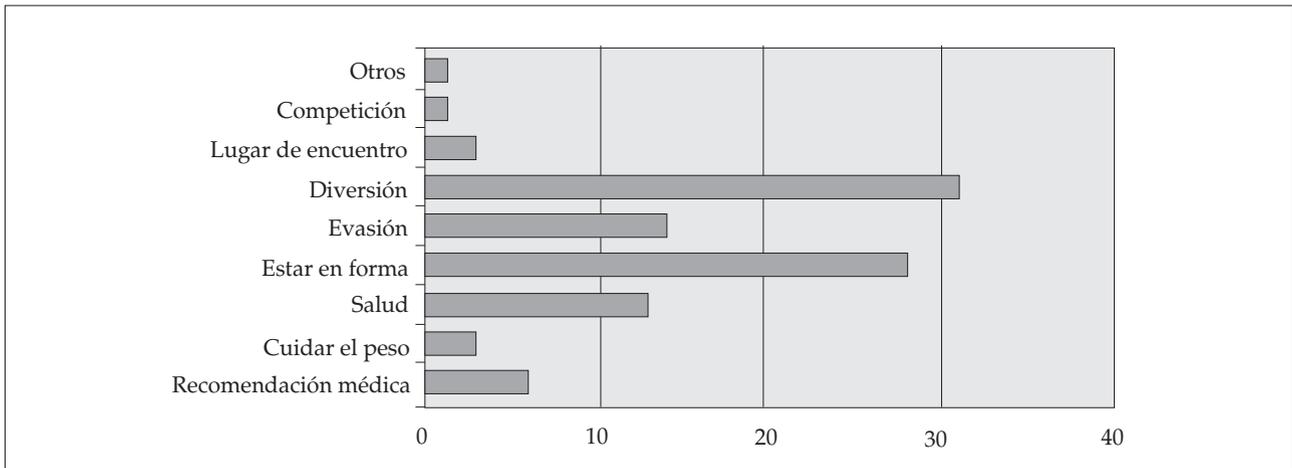


Figura 1. Resultados de una encuesta entre jóvenes adolescentes buscando las causas que los incitan a hacer deporte.

- Controlar la adaptación al esfuerzo.
- Regular el ritmo de entrenamientos.
- Prevención de lesiones y enfermedades.

Todo reconocimiento médico deportivo ha de constar, como mínimo, de los siguientes puntos de análisis:

- Historia médico-deportiva.
- Exploración clínica por aparatos.
- Estudios cineantropométricos.
- ECG en reposo.
- Espirometría.

Cualquier reconocimiento que no incluya como mínimo las variables de análisis citadas no debería ser considerado como válido, y si lo digo es porque existen federaciones deportivas que lo simplifican aún en bastantes ítems.

Son escasas las contraindicaciones absolutas que nos encontramos, y por ello resulta extraño prohibir al niño o al adolescente, de manera taxativa, la práctica deportiva. En la mayoría de las ocasiones, los problemas son relativos y, por ende, las contraindicaciones. Como ya señalé con anterioridad, el médico del deporte ha de saber recetar actividad física. Si conocemos el tema, el “vademécum deportivo” a nuestro alcance es amplio y numeroso.

Podemos citar como contraindicaciones, la mayoría relativas:

- Infarto agudo de miocardio.
- Angina de pecho inestable.

- Insuficiencia cardiaca.
- Valvulopatías, miocarditis, pericarditis...
- Insuficiencia respiratoria.
- Hipertensión arterial grave descontrolada.
- Enfermedades hepáticas o renales.
- Diabetes descontrolada.
- Infecciones agudas.
- Otras.

Hemos hecho una encuesta entre jóvenes adolescentes en nuestro medio buscando las causas que los incitan a hacer deporte (Fig. 1).

Creemos importante señalar que el número de adolescentes que no hacen deporte con asiduidad supera con creces a los que lo hacen. Las chicas dejan de practicar antes, a los 14 años de media. Un gran porcentaje de chicos abandona la práctica habitual al término de la adolescencia.

En definitiva, la realización de deporte u actividad física moderada se constituye en un elemento clave en la prevención de la mayoría de las enfermedades más frecuentes de nuestra sociedad. Es tal la importancia de su desarrollo que consideramos fundamental la implicación de todos los factores sociales en un intento de motivar a la población infantil y adolescente en la consecución del hábito del deporte, el cual debería mantenerse en el tiempo de la edad adulta y no ser abandonado en la pubertad o adolescencia, hecho frecuente y cotidiano en nuestros días.

Simposio I. Avances en el manejo del sobrepeso y de la obesidad

Sobrepeso y obesidad en la adolescencia. Nuestra realidad

I. RIAÑO GALÁN

Servicio de Pediatría. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias)

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la obesidad en la infancia y la adolescencia está aumentando de manera alarmante durante los últimos treinta años en los países desarrollados⁽¹⁾ e incluso, de forma incipiente, en los países considerados "en vías de desarrollo"⁽²⁾. La OMS considera la obesidad como uno de los problemas de salud pública más importante en el mundo por las graves consecuencias para la salud a corto y largo plazo⁽³⁻⁶⁾.

El sobrepeso y la obesidad infantil y adolescente aumentan el riesgo de padecer obesidad en la edad adulta⁽⁷⁾, así como la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos, como el perfil lipídico aterogénico, la hipertensión arterial^(8,9), la intolerancia a la glucosa⁽¹⁰⁾ y la diabetes tipo 2⁽¹¹⁾. Se ha demostrado una agregación de los diversos factores de riesgo cardiovascular que actúan sinérgicamente^(12,13).

Por todo ello, el problema del sobrepeso y la obesidad trasciende el ámbito científico, siendo con frecuencia tratado en los medios de comunicación. Las modificaciones cuantitativas y cualitativas de las pautas de alimentación tradicional, asociadas a hábitos que conducen a una reducción de la actividad física, son las principales responsables de esta situación^(14,15). El abandono o la disminución en el

tiempo de lactancia materna exclusiva pueden tener también un papel en el incremento de obesidad⁽¹⁶⁾. Los costes, tanto directos como indirectos, derivados de la obesidad, han sido estimados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en unos 2.500 millones de euros anuales (un 7% del gasto sanitario nacional anual), lo que ha conducido a la elaboración de campañas gubernamentales encaminadas a intentar revertir esta tendencia, con especial atención a la población infantil⁽¹⁷⁾.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

En los EE.UU., la prevalencia de obesidad en los adolescentes se ha triplicado entre 1980 y 2000 (de 5,0 a 15,3%)⁽¹⁸⁾. Este incremento afecta a ambos sexos y más a determinados grupos étnicos y de población^(19,20). Los datos del NHANES de 1999-2002 muestran que el 31,0 % de población entre 6 y 19 años se encuentra entre el percentil 85-95 de sus gráficas para IMC y el 16% están por encima del percentil 95⁽²¹⁻²²⁾.

Asimismo, en Japón, hay claras evidencias de este incremento en la población pediátrica, tanto en el grupo de niños preescolares como en el de escolares⁽²³⁾.

En Europa, la situación es similar, con un incremento de la prevalencia también alarmante. Varios estudios esti-

Correspondencia: Dra. Isolina Riaño Galán. Unidad de Endocrinología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital San Agustín. Avilés, Asturias
Correo electrónico: isogalan@yahoo.es

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

man que, entre el 10-30% de niños entre 7 y 11 años y el 8-25% de adolescentes (14-17 años), tienen sobrepeso u obesidad⁽²⁴⁾, como expresa la figura 1. En Francia, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños ha pasado del 3% en 1960 al 16% en el 2000. Este incremento se ha acelerado en los últimos años. Se calcula que el número de escolares de la Unión Europea con sobrepeso está aumentando en 400.000 niños al año. Según estimaciones del *International Obesity Task Force* (IOTF), el incremento anual de la prevalencia está en torno al 0,2% en los años 70, pasó al 0,6% en la década de los 80 y el 0,8% en los 90, alcanzando en algunos lugares hasta el 2,0% en el 2000⁽²⁵⁾.

En nuestro país, la situación no difiere de la observada en el resto de sociedades occidentales, tanto en adultos⁽²⁶⁾ como en la población pediátrica⁽²⁷⁻³¹⁾. Desde los datos aportados por el estudio PAIDOS'84⁽³²⁾, que reflejaba una prevalencia de obesidad en España del 4,9% en niños de ambos sexos, se ha constatado una tendencia ascendente en todos los estudios posteriores, realizados en diferentes rangos de la edad pediátrica. Así, en el año 2005 se comunicaron cifras del 13,2% de obesidad a los 14 años de edad (15,2 % para los niños y 11,5% para las niñas) y del 17,4% respecto al sobrepeso (18,7 % en niños y 16,2 % en niñas)⁽³³⁾. Se constata que la obesidad y el sobrepeso afectan en mayor proporción a los varones que a las mujeres.

En Asturias, estudios de cohortes realizados en la ciudad de Oviedo en 1992 con 1.165 niños de 6 a 17 años y en 2006 con 1.312, indican una tendencia ascendente de la obesidad en el grupo de 6 a 11 años, según las referencias internacionales⁽³⁴⁾. Así, el sobrepeso entre niños de 6 a 11 años ha experimentado un incremento desde el 25,5 al 27% y la obesidad del 5,3 al 8,4% ($p < 0,05$). Sin embargo, en el grupo de adolescentes de 12 a 17 años, dicho incremento ha sido menor (del 20,9 al 21,3% de sobrepeso y del 3,8 al 4,8% de obesidad). Es decir, el exceso de peso en nuestra población se presenta a edades cada vez más tempranas.

En el medio rural, la prevalencia es aún mayor y se incrementa con la edad. En un estudio transversal de los 150 niños y adolescentes de dos colegios públicos del área suroccidental de Asturias⁽³⁵⁾, el 6,1% de los niños del grupo de 8 a 12 años presentan sobrepeso y el 27,7%, obesidad. En el grupo de adolescentes (13-16 años) el sobrepeso es del 5% y la obesidad, del 31% (gráficas de la Fundación Orbezo)⁽³⁶⁾.

DIFICULTADES DEL DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD

El índice de masa corporal (IMC) (peso en kilogramos/talla al cuadrado en metros)⁽³⁷⁾ es el parámetro que mejor define la obesidad en niños y adolescentes. Se acepta internacionalmente, como criterio diagnóstico, desde los 2 años de edad, con elevada especificidad y sensibilidad variable para la detección de sobrepeso y obesidad. Es un parámetro práctico y objetivo, que proporciona un grado de concordancia con la determinación en adultos y es biológicamente significativo⁽³⁸⁾.

Sin embargo, no existe consenso acerca de los puntos de corte para las diversas categorías de insuficiencia ponderal, sobrepeso u obesidad en el niño y adolescente. Existen estándares, elaborados con series nacionales e internacionales. Entre estos últimos destacan los elaborados por Cole y cols.⁽³⁴⁾ en el año 2000 a partir de una muestra que reúne series de seis países, y recomendados por comités de expertos como la IOTF, aunque también sometidos a crítica y revisión⁽³⁹⁾.

En general, en la población española se ha considerado diagnóstico de sobrepeso si el IMC se encuentra por encima del percentil 85, y obesidad si el IMC es superior al percentil 95 de su misma edad y sexo, tal y como recomienda el Grupo Europeo de Obesidad Infantil⁽⁴⁰⁾. En cambio, otros han elegido el percentil 90 y 97 para definir sobrepeso y obesidad, respectivamente⁽³¹⁾.

Por ello, no es fácil establecer comparaciones entre los resultados de distintos estudios puesto que los criterios empleados para definir sobrepeso y obesidad no son los mismos: no todos usan las mismas tablas como referencia ni el mismo punto de corte. Además, es importante tener en cuenta la edad de la población y el año de realización del estudio dada la tendencia creciente del sobrepeso infantil.

Marrodán y cols.⁽⁴¹⁾ demuestran que, cuando se aplican los criterios internacionales⁽³⁴⁾, el porcentaje de obesidad resulta muy bajo, mientras que el sobrepeso alcanza cifras llamativamente más elevadas que si se hace a partir de los puntos de corte percentilares que corresponden a las distintas referencias locales o nacionales. Estos resultados ponen de relieve la importancia de los criterios metodológicos aplicables al sobrepeso y la obesidad en individuos no adultos.

El problema fundamental consiste en cómo identificar al niño candidato a ser obeso, ya que la obesidad se relaciona no

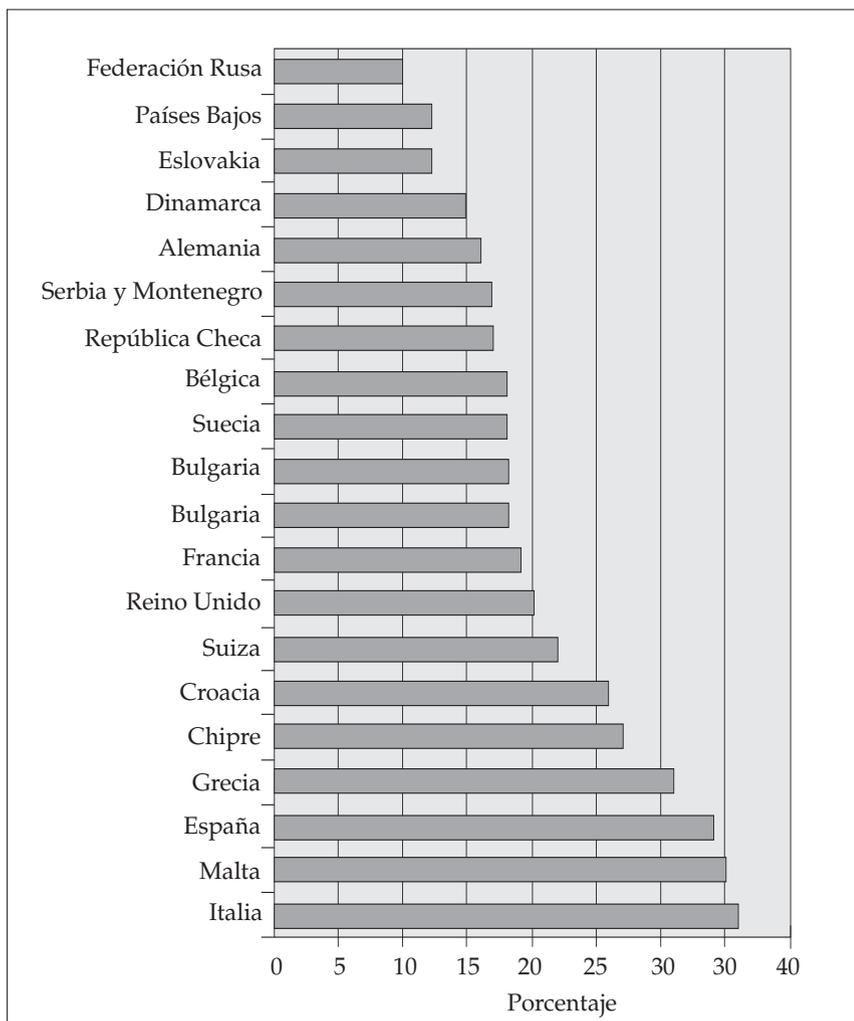


Figura 1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 7 a 11 años de edad de algunos países europeos (Tomada de Lobstein T, Frelut M-L, Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews* 2003, 4:195-200, disponible en URL: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1305e.pdf>).

tanto con el aumento ponderal, como con el exceso de tejido adiposo. De hecho, su importancia y evolución dependen, sobre todo, de la grasa acumulada y de su distribución⁽⁴²⁾. El IMC no se relaciona directamente con la grasa, que cambia a lo largo de la ontogenia. Durante la pubertad se producen variaciones en las relaciones estatura-ponderales, de manera diferencial en ambos sexos, con independencia de la adiposidad. Además, hay un desfase entre varones y mujeres en el desarrollo que afecta de modo diferente a los componentes magro y grasa. Por tanto, aunque el IMC es útil, de entrada, para hacer una estimación general de la condición nutricional, podría no ser adecuado para un diagnóstico preciso en todos los casos en los que se presenta sobrepeso.

Dada la gran variedad de criterios para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, es preciso establecer un consenso

que facilite estudios epidemiológicos comparativos. En este sentido, la propuesta de Cole y cols.⁽³⁴⁾ puede ser una herramienta inicial válida de contraste poblacional. Sin embargo, como se ha señalado, tiende a subestimar la obesidad y a sobreestimar el sobrepeso. Por ello, en particular en el sexo femenino, ciertos individuos con un importante exceso de grasa pueden no diagnosticarse como obesos por lo que, por ejemplo, podrían ser excluidos de programas de tratamiento. De ahí que, en la práctica clínica, sea más aconsejable, en todo caso, el uso de las referencias nacionales, si bien deberían ser actualizadas periódicamente.

En conclusión, la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil y de sus patologías asociadas⁽⁴³⁾ constituyen, actualmente, uno de los retos sanitarios más impor-

tantes en nuestro país. La actuación institucional, coordinada con la asistencia sanitaria y la intervención de los principales colectivos sociales y económicos implicados, es imprescindible para el abordaje global de este problema. Y, para todo ello, el punto de partida ha de ser conocer nuestra realidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Dietz WH, Robinson TN. Overweight children and adolescents. *New Engl J Med* 2005; 352: 2100-9.
- Onís de M, Blössner M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 1032-9.
- World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity. WHO technical report series 894. Ginebra WHO; 2000.
- Lobstein T, Baur L, Uauy R; IASO International Obesity Task-Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev* 2004; 5 (S1): 4-104.
- Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, et al. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child* 2003; 88: 748-52.
- Van Dam RM, Willett WC, Manson JE, Hu FB. The relationship between overweight in adolescence and premature death in women. *Ann Intern Med* 2006; 145: 91-7.
- Sun Guo S, Wu W, Cameron W, Roche A. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr* 2002; 76: 653-8.
- Freedman DS, Kettel L, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 2001; 108: 712-8.
- Sorof JM, Lai D, Turner J, Poffenbarger T, Portman RJ. Overweight, ethnicity, and the prevalence of hypertension in school-aged children. *Pediatrics* 2004; 113: 475-82.
- Sinha R, Fisch G, Teague B, Tamborlane W, Banyas B, Allen K, et al. Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity. *New Engl J Med* 2002; 346: 802-10.
- American Diabetes Association. Type 2 diabetes in children and adolescents. *Diabetes Care* 2000; 23: 381-9.
- Díaz Martín JJ, Málaga Diéguez I, Argüelles Luis J, Diéguez Junquera MA, Vijande Vázquez M, Málaga Guerrero S. Agrupamiento de factores de riesgo cardiovascular en hijos obesos de padres con hipertensión esencial. *An Pediatr (Barc)* 2005; 63: 238-43.
- Kavey RE, Daniels SR, Lauer RM, Atkins DL, Hayman LL, Taubert K. American Heart Association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *J Pediatr* 2003; 142: 368-72.
- St-Onge MP, Keller KL, Heymsfield SB. Changes in childhood food consumption patterns: A cause for concern in light of increasing body weights. *Am J Clin Nutr* 2003; 78: 1068-73.
- Berkey CS, Rockett RH, Gillman MW, Colditz GA. One-year changes in activity and in inactivity among 10- to 15- year old boys and girls: Relationship to change in body mass index. *Pediatrics* 2003; 111: 836-43.
- Kries von R, Koletzko B, Sauerwald T, Mutius von E, Barnert D, Grunert V et al. Breast feeding and obesity: Cross sectional study. *BMJ* 1999; 319: 147-50.
- Estrategia NAOS para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Disponible en URL: <http://www.aesa.msc.es/aesa/web/AesaPageServer?idpage=9&idcontent=5672>.
- National Center for Health Statistics, United States, 2003. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2003.
- Strauss RS, Pollack HA. Epidemic increase in childhood overweight, 1986-1998. *JAMA* 2001; 286: 2845-8.
- Kimm SYS, Barton BA, Obarzanek E, McMahon RP, Sabry ZI, Waclawiw MA et al. Racial divergence in adiposity during adolescence: The NHLBI Growth and Health Study. *Pediatrics* 2001; 107: e34.
- Hedley AA, Orden CL, Jonson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *JAMA* 2004; 291: 2847-50.
- Baker S, Barlow S, Cochran W, Fuch G, Klish W, Krebs N et al. Overweight Children and Adolescents: A Clinical Report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 40: 533-43.
- Kotani K et al. Two decades of annual examinations in Japanese obese children: do obese children grow into obese adults? *Int J Obes Rel Metab Dis* 1997; 21: 912-21.
- Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews* 2003; 4: 195-200.
- WHO. Fact sheet EURO/13/05. The challenge of obesity in the WHO European Region. Disponible en URL: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1305.pdf>
- Aranceta J, Pérez C, Serra L, Ribas L, Quiles J, Vioque J et al. Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO'97. *Med Clín (Barc)* 1998; 111: 441-5.
- Bernabéu C, Cortés E, Moya M. Valoración del estado de nutrición de una población infantil rural de la Comunidad Valenciana: estudio de Pego. *Aten Primaria* 1995; 16: 618-22.
- Leis R, Martínez A, Novo A, Tojo R. Trend of obesity prevalence in children from Galicia (NW of Spain) 1979-2001. *GALINUT Study. J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 36: 553.
- Ríos M, Fluiters E, Pérez LF, García-Mayor EG, García-Mayor RV. Prevalence of childhood overweight in Northwestern Spain: A comparative study of two periods with a ten year interval. *Int J Obes Metab Disord* 1999; 23: 1095-98.
- Rodríguez-Artalejo F, Garcés C, Gorgojo L, López E, Martín-Moreno JM, Benavente M, et al. Dietary patterns among children aged

- 6-7 y in four Spanish cities with widely differing cardiovascular mortality. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56: 141-8.
31. Serra L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P, Peña L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio en-Kid (1998-2000). *Med Clín (Barc)* 2003; 121: 725-32.
 32. Paidós'84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. Madrid: Jofamar; 1985.
 33. Albañil Ballesteros MR, Sánchez Martín M, de la Torre Verdú M, Olivas Domínguez A, Sánchez Méndez MY, Sanz Cuesta T. Prevalencia de obesidad a los 14 años en cuatro consultas de atención primaria. Evolución desde los dos años. *An Pediatr (Barc)* 2005; 63: 39-44.
 34. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000; 320: 1240-3.
 35. Riaño Galán I, Santos Rodríguez P, Fdez-Fidalgo M, Fdez-López JA, Rivas Crespo MF. Impacto del sobrepeso y obesidad en la calidad de vida de niños y adolescentes. *An Pediatr (Barc)* 2006; 64: 303.
 36. Hernández M, Castellet J, Narvaiza, JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto de Investigaciones sobre Crecimiento y Desarrollo. Bilbao: Fundación Orbeago; 1988.
 37. Mei Z, Grumer-Strawn LM, Pietrobelli A, Goulding A, Goran M, Dietz W. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *Am J Clin Nutr* 2002; 75: 978-85.
 38. Reilly JJ, Wilson ML, Summerbell CD, Wilson DC. Obesity: Diagnosis, prevention, and treatment; evidence based answers to common questions. *Arch Dis Child* 2002; 86: 392-4.
 39. Chinn S, Rona RJ. International definitions of overweight and obesity for children: a lasting solution? *Ann Hum Biol* 2002; 29: 306-13.
 40. Moreno L, Sarriá A, Fleta J, Rodríguez G, Bueno M. Trends in body mass index and overweight among children and adolescents in the region of Aragon (Spain) from 1985 to 1995. *Int J Obes Metab Disord* 2000; 24: 925-31.
 41. Marrodán Serrano MD, Mesa Santurino MS, Alba Díaz JA, Ambrosio Soblechero B, Barrio Caballero PA, Drak Hernández L, et al. Diagnóstico de la obesidad: actualización de criterios y su validez clínica y poblacional. *An Pediatr (Barc)* 2006; 65: 5-14.
 42. Arciniega SCh. Definición y criterios de obesidad. *Nutr Clín* 2002; 5: 236-40.
 43. Daniels SR; Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S et al. Overweight in Children and Adolescents Pathophysiology, Consequences, Prevention, and Treatment. *Circulation* 2005; 111: 1999-2012.

Simposio I. Avances en el manejo del sobrepeso y de la obesidad

Actividad física e ingesta de leche con ácido linoleico conjugado (CLA) en personas sanas con sobrepeso

J. LÓPEZ ROMÁN*, A.B. MARTÍNEZ GONZÁLVEZ*, A. LUQUE*, J.R. IGLESIAS**, M. HERNÁNDEZ**, J.A. VILLEGAS*

*Cátedra de Fisiología de la Universidad Católica de Murcia (UCAM). ** Corporación Alimentaria Peñasanta (CAPSA). Asturias

INTRODUCCIÓN

El ácido linoleico conjugado (CLA) corresponde a un grupo de ácidos octadecadienoicos isómeros del ácido linoleico, pero cuyos dobles enlaces no están separados por un grupo metilo sino que están conjugados. Este ácido graso se presenta con diferente isomería, siendo predominante en los productos lácteos, la estructura cis-9, trans-11 CLA (c9,t11-CLA) (Kramer JK y cols 2004)⁽¹⁾. El CLA de grado alimentario producido para su comercialización en complementos dietéticos o en alimentos consiste actualmente en una mezcla rica en CLA (entre el 55 y 90%), conteniendo proporciones iguales de dos isómeros principales: trans-10, cis-12-CLA (t10, c12-CLA) y cis-9, trans-11 CLA (c9, t11-CLA). Tonalín® CLA está fabricado a partir de aceite de cártamo y contiene una media del 39% de cada uno de los isómeros activos 18:2 c9,t11 y 18:2 t10,c12 y menos del 2% de los inactivos, con unos porcentajes por debajo del 9% de ácido palmítico, del 4% de ácido esteárico, del 3% de ácido linoleico y del 10 al 20% de ácido oleico (Pariza MW y cols. 1999)⁽²⁾.

En numerosos estudios se ha demostrado que en personas que presentan sobrepeso, la ingestión diaria de entre 3 y 4 g de CLA durante 12 semanas produce una disminución estadísticamente significativa de la masa grasa total sin afectar a otros parámetros metabólicos (Blankson H y

cols. 2000⁽³⁾; Belury MA y cols. 2002⁽⁴⁾; Brown JM y McIntosh MK 2003⁽⁵⁾; Eyjolfson V y cols. 2004⁽⁶⁾; Gaullier JM y cols. 2004⁽⁷⁾; Kelley DS y Erickson KL 2003⁽⁸⁾; Riserus U y cols. 2004⁽⁹⁾. No obstante, otros investigadores no son tan propicios a considerar esta acción (Larsen TM y cols. 2006⁽¹⁰⁾; Tricon S y Yaqoob P 2006)⁽¹¹⁾.

El sedentarismo induce resistencia a la insulina, el estrés de nuestra sociedad sobreexpone los inductores de la leptina y en nuestra alimentación hemos disminuido la ingesta de ácidos grasos de cadena larga, como los n3. Una consecuencia de la mala alimentación y del sedentarismo mayoritario en nuestra población es el síndrome metabólico que se ha convertido en una preocupación para las autoridades sanitarias (se estima que al menos un millón de españoles tienen síndrome metabólico (Ascaso JF y cols. 2003)⁽¹²⁾). Su presencia en la sociedad actual se debe, en gran medida, al alejamiento de las condiciones de vida óptimas para nuestra especie.

El planteamiento, por tanto, de unir la actividad física y administración de CLA en la lucha contra el sobrepeso es razonable y merece un ensayo clínico que valide la hipótesis inicial y verifique si el efecto de ingerir leche con CLA y realizar una actividad física ejercen un efecto multiplicador. En este sentido, Thom en 2001⁽¹³⁾, publicó un estudio en el que encontraba que el CLA disminuía el peso

Correspondencia: Prof. José Antonio Villegas. Catedrático de Fisiología. UCAM Campus de Los Jerónimos. Carretera de Guadalupe s/n. 30107. Murcia
Correo electrónico: javillegas@pdi.ucam.edu

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

graso pero no el peso total en sujetos que realizaban una actividad física moderada (90 minutos tres veces a la semana). Quedaba pendiente, pues, realizar este estudio en humanos, que es lo que hemos efectuado en nuestra investigación. Nuestro objetivo ha sido, por tanto, tratar a una población sedentaria con sobrepeso [IMC entre 25 y 30 (kg/m²)], con actividad física controlada con monitores de educación física y darles leche con Tonalín® a un grupo y leche sola (sin CLA) al otro grupo, con el fin de comprobar el efecto del Tonalín® añadido a la actividad física como tratamiento del sobrepeso.

MATERIAL Y MÉTODO

- **Población:** se incluyó como muestra a un grupo de personas sanas (15 varones y 16 mujeres). El índice de masa corporal (IMC) medio de nuestra muestra fue de 28,0 ± 3,8 kg/m² con una edad media de 35 ± 9 años.
- **Diseño de la investigación:** se trata de un estudio controlado, doble ciego, aleatorizado de intervención dietética. A los voluntarios se les asignó, de manera aleatoria, a recibir leche con Tonalín® (n = 16) o leche placebo (n = 15). Las tomas diarias de leche fueron de 500 mL (con o sin 3 g de CLA respectivamente).
- **Metodología:** los 31 individuos que formaron la muestra, se dividieron al azar en dos grupos homogéneos en cuanto a edad y sexo. A cada grupo se le asignó un tipo de leche (A o B) en idéntico envase. Una de ellas era leche enriquecida con 6 g de ácido linoleico conjugado (3 g de CLA) (bajo la marca Tonalín® CLA, con un contenido del 80% de una mezcla racémica de los isómeros c9t11, t10c12) por litro, y la otra era leche semidesnatada (1,5% de materia grasa). Los sujetos consumieron la leche a razón de medio litro diario durante el tiempo que duró el estudio (tiempo medio de 95 ± 24 días). Igualmente durante este período todos los individuos realizaron actividad física controlada por un monitor en el gimnasio al que acudían regularmente (sesiones de una hora de duración con una frecuencia de 4 veces por semana). Los participantes acudieron en 2 ocasiones al laboratorio, una inicial o primer contacto del equipo investigador con los participantes, en donde, tras firmar el consentimiento informado de participación, se realizaban las siguientes determinaciones:
 - **Historia clínica y determinación de la composición corporal:** 1) basado en el modelo de De Rose y Guimaraes (modificado del modelo de cuatro componentes de Matiegka (De Rose EH y Guimaraes ACA 1980)⁽¹⁴⁾; 2) *Densitometría por desplazamiento de aire:* modelo bicompartimental para el cálculo de la masa grasa corporal. El densitómetro calcula el volumen corporal de forma directa a partir del cual se obtiene la densidad corporal y, por aplicación de las fórmulas de Siri, la masa grasa (Siri WE., 1993)⁽²¹⁾. Este método es el más fiable para estudiar la grasa total, incluida la visceral (Ginde SR y cols 2005)⁽¹⁵⁾.
 - **Analítica sanguínea:** Hemograma. Bioquímica: glucosa, BUN, GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina, lactato deshidrogenasa, creatinquinasa, colesterol total, triglicéridos, HDL-colesterol y LDL-colesterol.
 - **Encuesta nutricional:** tras la distribución aleatoria, se realizó a los participantes una encuesta alimentaria para evaluar el tipo de alimentación previo al estudio y corregir las posibles interacciones con el mismo estudio. Los datos se recogieron durante un período de 3 días y se valoraron mediante el programa informático nutricionista CAPSA (www.centraldesalud.com), obteniendo así una muestra de la nutrición habitual de cada participante en el estudio. Posteriormente fueron instruidos en la manera de seguir una dieta equilibrada (25-30% grasa, 55-60% carbohidratos, 12-17% proteínas y cantidades de colesterol inferiores a 300 mg/día). Esta encuesta se volvió a realizar al final del período de actividad física con el fin de comprobar que se habían respetado las instrucciones que se dieron a los participantes al comienzo del estudio.
- **Prescripción y control de la actividad física:** todos los participantes realizaron el ejercicio físico durante aproximadamente 4 meses en un gimnasio concertado bajo la supervisión de un licenciado en educación física. Se desarrollaron tres tipos de entrenamientos diferentes orientados a la consecución de los objetivos de pérdida de masa grasa y aumento de resistencia aerobia.
- **Finalización:** una vez transcurrido el período de observación, se les volvió a realizar el mismo estudio que el inicial exclusivamente a los que cumplieron regular-

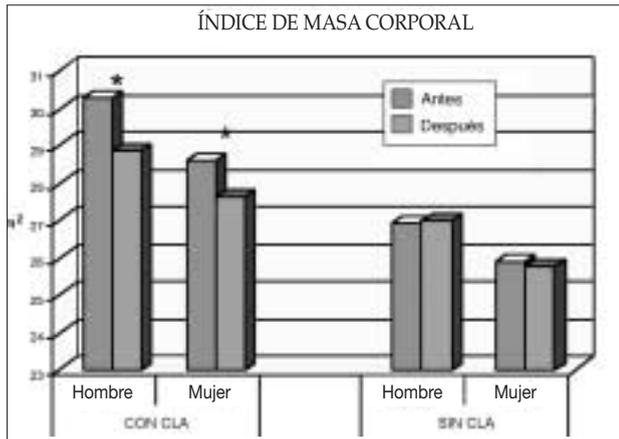


Figura 1. Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0,05$. Variaciones con el tiempo del índice de masa corporal (IMC) en hombres y mujeres que han consumido leche con Tonalín® y aquellos que lo hicieron sin Tonalín®.

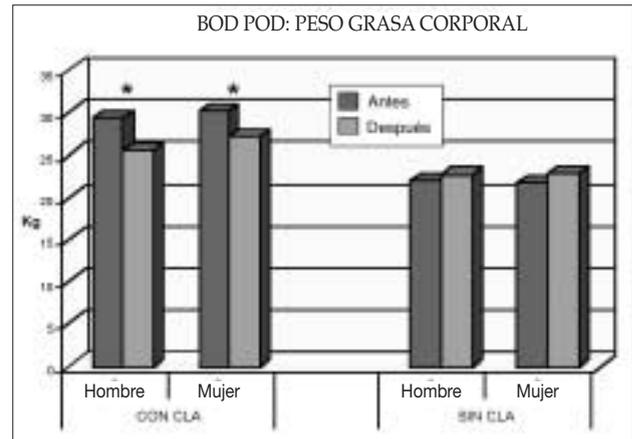


Figura 2. Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0,05$. Variaciones en el tiempo del peso de la grasa corporal total medida por densitometría por desplazamiento de aire en hombres y mujeres que han consumido leche con Tonalín® y aquellos que lo hicieron sin Tonalín®.

mente con el consumo de leche pasteurizado y con la actividad física indicada. En esta segunda exploración se repitió la analítica sanguínea, el estudio de composición corporal (mediante pliegues y por densitometría por desplazamiento de aire) y la encuesta nutricional de 3 días en las mismas condiciones y con los mismos parámetros que los iniciales.

- **Estudio estadístico:** inicialmente se realizó estadística descriptiva de todas las variables (media y desviación típica para las cuantitativas y frecuencia absoluta para las cualitativas). Para la comparación de las mismas se realizó ANOVA para medidas repetidas con tres factores: uno, intrasujeto (tiempo) y los otros dos, intersujetos (tipo de leche y sexo).

RESULTADOS

En el estudio comparativo apreciamos los siguientes datos:

1. Los individuos que ingirieron leche enriquecida con Tonalín® muestran descensos estadísticamente significativos en el IMC ($p < 0,0001$) y masa grasa subcutánea calculada por antropometría ($p < 0,002$), así como en el sumatorio de pliegues ($p < 0,016$) y en la masa grasa total calculada con pletismógrafo ($p < 0,0001$).

2. En los individuos que ingirieron leche semidesnatada no aparecen cambios a lo largo del tiempo entre las variables antropométricas analizadas.
3. El descenso relativo de cada una de las variables de los individuos que consumieron leche enriquecida con Tonalín® es:
 - IMC: descenso del 4,6% para hombres y 2,7% para mujeres (Fig. 1).
 - Peso grasa obtenido mediante antropometría clásica: descenso del 8,1% para hombres y del 5,9% para mujeres.
 - Peso grasa medido por densitometría por desplazamiento de aire: descenso del 13,12% para hombres y del 9,7% para mujeres (Fig. 2).

Por tanto, podemos afirmar que el sexo no es una variable que afecte al resultado.

4. Hay un descenso estadísticamente significativo ($p < 0,05$) en la pérdida de grasa medida con pletismógrafo frente a la medida por ecuaciones antropométricas (Fig. 3).
5. No existe correlación lineal entre la pérdida de grasa y la edad, es decir, la edad no es una variable que favorezca o dificulte la pérdida de grasa de los individuos que consumen leche enriquecida con Tonalín® en este estudio.
6. Los resultados obtenidos de las encuestas nutricionales iniciales y finales nos muestran que la alimentación se mantuvo equilibrada y no afectó a la investigación.

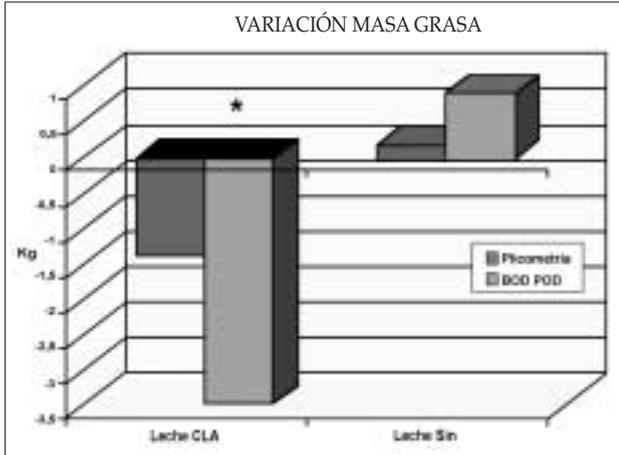


Figura 3. Diferencias estadísticamente significativas para $p < 0,05$. Diferencias en la masa grasa perdida en el grupo que consumió Tonalín® (a la izquierda de la figura) en función del tipo de medición. A la derecha vemos el grupo que consumió leche semidesnatada.

- No existen diferencias estadísticamente significativas en la evolución de las variables del perfil lipídico (colesterol, triglicéridos, HDL-colesterol y LDL-colesterol) ni en los individuos que consumieron leche enriquecida ni en los que consumieron leche semidesnatada. Al realizar la distribución por sexos tampoco se observan diferencias en dichas variables.
- No existe variación estadísticamente significativa entre los parámetros del hemograma y parámetros bioquímicos generales (hemoglobina, hematocrito, leucocitos, plaquetas, glucosa, BUN, GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina, lactato deshidrogenasa y creatina quinasa).

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio demuestran que cuatro meses de actividad física consistente en un entrenamiento de circuito durante una hora cuatro veces a la semana no es suficiente para inducir cambios significativos en la composición corporal. Sin embargo, la ingesta asociada de medio litro de leche al día con 3 g de CLA sí produjo cambios estadísticamente significativos en la masa grasa de los participantes en el estudio.

No obstante, el resultado más relevante es el que se deriva de la comparación entre los distintos métodos emplea-

dos para medir los cambios en la composición corporal. Nosotros hemos utilizado la antropometría y la pletismografía. La diferencia fundamental entre ambas es que la pletismografía da valores mayores de grasa total que la antropometría, que tiende a subestimar la grasa visceral (Winsley RJ y cols. 2005)⁽¹⁷⁾.

El resultado de comparar el dato de masa grasa al principio y final del estudio medido por antropometría y el medido por pletismografía, nos da una diferencia estadísticamente significativa mayor en la densitometría, es decir, la masa grasa que se pierde durante la realización de la investigación por los sujetos que toman Tonalín® es mayor si se considera la densitometría que si se considera la antropometría. Puesto que ambas técnicas son útiles en sí mismas si la comparación es a través de determinaciones comparables (misma técnica, mismo sujeto, idéntico examinador..) (Miyatake N y cols. 2005)⁽¹⁸⁾, la diferencia entre los distintos valores obtenidos por los diversos métodos hay que achacarla a la propia variable medida. En este caso, la gran diferencia entre la grasa medida por antropometría y la medida por pletismografía en un colectivo como el estudiado es la grasa visceral.

CONCLUSIÓN

Hemos realizado un estudio de intervención dietética en un grupo de 31 personas con sobrepeso que han realizado una actividad física programada y controlada mediante instructor especializado. Durante los cuatro meses del estudio, los participantes se han dividido aleatoriamente en dos grupos, uno de ellos ha tomado leche enriquecida con 6 g de ácido linoleico conjugado (marca Tonalín®) por litro y la otra era leche semidesnatada (1,5% de materia grasa). Los sujetos consumieron la leche a razón de medio litro diario. Tras estudiar los resultados mediante métodos estadísticos, hemos observado que los participantes en el grupo que tomó leche con 3 g/día de CLA habían disminuido su IMC, peso total y masa grasa, obtenidos mediante ecuaciones y mediante pletismografía. El resultado más relevante, dentro de este descenso de masa grasa, es que la comparación entre la diferencia de grasa antes y después del estudio medida con pletismógrafo es mayor de forma estadísticamente significativa que la medida con ecuaciones, lo

que nos hace pensar en un mayor descenso de la masa grasa total en gran medida en base a la grasa visceral, lo que es muy relevante en términos de prevención de enfermedades, como la cardiopatía isquémica. Por otro lado, nuestro grupo ha demostrado que la ingesta de leche con Tonalín® (frente a placebo) por parte de un grupo de sujetos que iniciaban un programa de actividad física es más efectiva para bajar la masa grasa que la actividad física por sí misma.

Agradecimientos

Agradecemos a Central Lechera Asturiana y Grupo Cognis su colaboración en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Kramer JK, Cruz-Hernández C, Deng Z, Zhou J, Jahreis G, Dugan ME. Analysis of conjugated linoleic acid and trans 18:1 isomers in synthetic and animal products. *Am J Clin Nutr* 2004; 79 (6, Suppl): 1137S-45S.
- Pariza MW, Park Y, Cook ME. Mechanisms of action of conjugated linoleic acid: evidence and speculation. *Proc Soc Exp Biol Med* 2000; 223 (1): 8-13.
- Blankson H, Stakkestad JA, Erling HF, Wadstein TJ y Gudmundsen O. Conjugated linoleic acid reduces body fat mass in overweight and obese humans. *J Nutr* 2000; 130: 2943-48.
- Belury MA. Dietary conjugated linoleic acid in health: physiological effects and mechanisms of action. *Annu Rev Nutr* 2002; 22: 505-31.
- Brown JM, McIntosh MK. Conjugated linoleic acid in humans: regulation of adiposity and insulin sensitivity. *J Nutr* 2003; 133: 3041-6.
- Eyjolfson V, Spriet LL, Dyck DJ. Conjugated linoleic acid improves insulin sensitivity in young, sedentary humans. *Med Sci Sports Exerc* 2004; 36: 814-20.
- Gaullier JM, Halse J, Hoye K, Kristiansen K, Fagertun H, Vik H, Gudmundsen O. Conjugated linoleic acid supplementation for 1 y reduces body fat mass in healthy overweight humans. *Am J Clin Nutr* 2004; 79: 1118-25.
- Kelley DS, Erickson KL. Modulation of body composition and immune cell functions by conjugated linoleic acid in humans and animal models: benefits vs. risks. *Lipids* 2003; 38: 377-86
- Riserus U, Smedman A, Basu S, Vessby B. Metabolic effects of conjugated linoleic acid in humans: the Swedish experience. *Am J Clin Nutr* 2004; 79: 1146S-48S.
- Larsen TM, Toubro S, Gudmundsen O, Astrup A. Conjugated linoleic acid supplementation for 1 y does not prevent weight or body fat regain. *Am J Clin Nutr* 2006; 83 (3): 606-12.
- Tricon S, Yaqoob P. Conjugated linoleic acid and human health: a critical evaluation of the evidence. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2006; 9 (2): 105-10.
- Ascaso JF, Romero P, Real JT, Lorente RI, Martínez-Valls J, Carmen R. Abdominal obesity, insulin resistance, and metabolic syndrome in asouthern European population. *Eur J Intern Med* 2003; 14: 101-06
- Thom E, Wadstein J, Gudmundsen O. Conjugated linoleic acid reduces body fat in healthy exercising humans. *J Int Med Res* 2001; 29 (5): 392-6.
- De Rose EH, Guimaraes ACA. Model for optimization of somatotype in young athletes. En: Beunen G, Ostin M, Simons J (eds.). *Kinanthropometry II*. Baltimore: UniversityPark Press; 1980.
- Siri WE. Body composition from fluid spaces and density: analysis of methods. 1961. *Nutrition* 1993; 9 (5): 480-91.
- Ginde SR, Geliebter A, Rubiano F, Silva AM, Wang J, Heshka S, Heymsfield SB. Air displacement plethysmography: validation in overweight and obese subjects. *Obes Res* 2005; 13 (7): 1232-7.
- Winsley RJ, Fulford J, MacLeod KM, Ramos-Ibáñez N, Williams CA, Armstrong N. Prediction of visceral adipose tissue using air displacement plethysmography in children. *Obes Res* 2005; 13 (12): 2048-51.
- Miyatake N, Takenami S, Kawasaki Y, Kunihashi Y, Nishikawa H, Numata T. Clinical evaluation of body fat percentage in 11, 833 Japanese measured by air displacement plethysmograph. *Intern Med* 2005; 44 (7): 702-5.

Simposio I. Avances en el manejo del sobrepeso y de la obesidad

Efectos de la suplementación con ácido linoleico conjugado sobre parámetros relacionados con el metabolismo lipídico y la resistencia a la insulina en niños y adolescentes obesos

B. BONET SERRA***, A. QUINTANAR RIOJA*, M. VIANA ARRIBAS***

*Área de Pediatría y Neonatología. Fundación Hospital Alcorcón. **Facultad de Medicina y *** Facultad de Farmacia de la Universidad San Pablo-Ceu. Madrid

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil constituye uno de los principales problemas sanitarios de los países occidentales, constituyendo una de las enfermedades con mayor prevalencia en nuestra sociedad⁽¹⁾ y, lo que tal vez sea más importante, es el hecho de que un porcentaje elevado de estos niños obesos serán adultos obesos⁽²⁾ y, por lo tanto, las alteraciones metabólicas y hormonales presentes en estos niños, presumiblemente se mantendrán durante muchos años. Asociadas a la obesidad se encuentran numerosas alteraciones metabólicas y hormonales, entre las que se incluyen elevación de los triglicéridos plasmáticos, disminución del colesterol de las HDL, hiperinsulinismo y resistencia a la insulina⁽³⁾, conjunto de alteraciones que se han incluido en el denominado síndrome metabólico, proceso asociado con un elevado riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2⁽³⁾, dos de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los países occidentales.

Recientemente se han incorporado en distintos productos alimentarios una mezcla de isómeros estructurales y geométricos del ácido linoleico conjugado (CLA), estos compuestos presentan efectos anti-inflamatorios; favorecen la reducción del peso corporal, así como la pérdida de

masa grasa⁽⁴⁻⁵⁾. También existen datos en animales experimentales que muestran que la administración de determinadas formas de CLA aumentan la sensibilidad a la insulina⁽⁶⁾, si bien estos resultados no han sido confirmados en humanos, donde los resultados han variado desde ausencia de efectos sobre la resistencia a la insulina a un aumento en la misma⁽⁷⁾, dependiendo dichas diferencias en parte a la mezcla de isómeros utilizada así como de las condiciones basales de los individuos estudiados^(7,8). No existen datos sobre los efectos del CLA en niños y adolescentes obesos, a pesar de ser una de las poblaciones que podrían obtener un mayor beneficio con la administración de productos dietéticos que faciliten la pérdida de peso y pudieran disminuir la resistencia a la insulina.

Es evidente que cualquier intervención, a través de cambios en la dieta que puedan modificar los factores asociados a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2, podrían tener una gran repercusión clínica. En el presente estudio quisimos determinar si la administración durante 16 semanas de 200 g de Naturlínea (3 g/d de -CLA) en adolescentes con obesidad y resistencia a la insulina favorece la pérdida de peso, mejora el perfil lipídico y aumenta la sensibilidad a la insulina.

Correspondencia: Dr. Bartolomé Bonet Serra. Área de Pediatría y Neonatología. Fundación Hospital Alcorcón. C/Budapest 1. Alcorcón 28922, Madrid. Telf.: 621 95 86. Fax: 91 621 99 01
Correo electrónico: bbjbonet@fhacorcon.es

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

DISEÑO EXPERIMENTAL

Se seleccionaron 42 pacientes obesos que eran seguidos en la consulta de Endocrinología Pediátrica de la Fundación Hospital Alcorcón por obesidad, en todos ellos se excluyeron causas secundarias de obesidad. Todos los pacientes seleccionados participaban en terapia de grupo para el tratamiento de la obesidad; con dicha terapia, los niños y sus familias reciben charlas sobre dieta, ejercicio y sobre las trasgresiones dietéticas que conducen a la ganancia de peso. Todos los pacientes incluidos en el presente estudio tenían un índice de masa corporal (IMC) superior al percentil 97% para su edad y sexo, por lo que podrían considerarse obesos. Se tomó como referencia las Curvas y Tablas de Crecimiento elaboradas por el Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo de la Fundación Faustino Orbeago.

Los pacientes fueron divididos de forma aleatoria en dos grupos, uno recibió diariamente, durante 16 semanas, dos envases de 100 g de yogur suplementado con CLA (Naturlinea-yogour líquido); en este grupo se incluyeron 22 pacientes (13 niñas y 9 niños) y otro grupo recibió el mismo yogur sin ninguna suplementación (yogur líquido desnatado); en este grupo se incluyeron 19 pacientes (13 niñas y 6 niños).

Tanto el yogur suplementado con CLA como el que no poseía suplementación fueron entregados en envases similares, de forma que el paciente no sabía si estaba tomando CLA o placebo. Para asegurar la ingesta del yogur éste se entregó bisemanalmente a las diferentes familias que participaban en el estudio.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Ensayos Clínicos de la FHA y los padres de todos los pacientes incluidos en el estudio firmaron el correspondiente consentimiento informado.

A todos los pacientes incluidos en el estudio se les realizó un registro dietético y un cuestionario de actividad física al inicio del estudio (semana 0) y la última semana de recibir tratamiento (semana 16). También se realizaron tres extracciones de sangre. Una al comienzo del estudio y previo al inicio de la ingesta del yogur suplementado con CLA o sin la misma, la segunda extracción se realizó a las 16 semanas de haber iniciado el estudio, la semana previa a la finalización del tratamiento (semana 16) y, finalmente, se llevó a cabo una tercera extracción a las 16 semanas de haber finalizado la ingesta de CLA o placebo, es decir, a la semana 32 del estudio.

ANALÍTICA DE SANGRE

Las extracciones de sangre se llevaron a cabo tras 12 horas de ayuno. De cada paciente se obtuvieron dos muestras, una de 10 mL en EDTA (1 mg/mL de sangre) y otros 5 mL de sangre se obtuvieron en tubos sin ningún aditivo. La sangre fue centrifugada inmediatamente y el plasma almacenado a -40 °C en diferentes alícuotas, que fueron posteriormente utilizadas para la determinación de los diferentes parámetros metabólicos y hormonales.

La insulina y la adiponectina fueron determinadas utilizando ELISAS (Mercodia, Uppsala, Sweden) y la glucosa, el colesterol total, el colesterol de HDL y los triglicéridos, utilizando métodos colorimétricos *Glucose God-Pad Enzymatic Colorimetric test* (Boehringer Mannheim, Mannheim, Germany) para la glucosa y *Enzymatic Trinder Method* (Menarini Diagnostics, Florence, Italy), para los triglicéridos y el colesterol]. Para evitar la variabilidad entre los diferentes ensayos, todas las muestras fueron analizadas en el mismo ensayo. La resistencia a la insulina se calculó utilizando la fórmula HOMA (resistencia a la insulina = Glucosa x insulina/22,3).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se expresan como la media (desviación estándar). Los efectos de la administración de CLA o del placebo se estudiaron comparando los valores hallados a las 16 semanas de haber iniciado el tratamiento con los valores observados antes del inicio del mismo o a las 16 semanas de haberlo finalizado, utilizando la T de Student pareada. También se compararon las diferencias de las medias en los diferentes puntos del estudio entre el grupo de niños que recibieron tratamiento con CLA y el grupo tratado con placebo, utilizando en este caso la T de Student para muestras independientes.

RESULTADOS

- **Parámetros antropométricos.** Como se pone de manifiesto en la tabla I, la edad y la distribución de sexos, el peso, la talla y el IMC de los pacientes tratados con CLA

TABLA I. PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

	CLA			PLACEBO		
	0	16	32	0	16	32
Semanas						
Edad	13,2 ± 2,8			13,8 ± 1,7		
Sexo (H/M)	14/9			13/-		
Peso	78,5 ± 20	76,2 ± 20*	78,2 ± 21	80,3 ± 18	77,0 ± 17*	79,2 ± 18
Talla	158 ± 14	158 ± 14	160 ± 13**	159 ± 9	159 ± 9	161 ± 9*
IMC (kg/m ²)	30,6 ± 3,8	29,8 ± 4**	30,0 ± 4,5	31,2 ± 4,4	30,3 ± 4,2*	30,3 ± 4,7

*: muestra las diferencias entre el mismo grupo de pacientes con o sin tratamiento. *:p < 0,05; **: p < 0,01. +: muestra las diferencias entre el grupo tratado con CLA y los tratados con placebo en la misma semana del estudio. +: p < 0,05.

TABLA II. INGESTA CALÓRICA, PORCENTAJE EN LA DISTRIBUCIÓN DE CALORÍAS Y HORAS DE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA DIARIAMENTE EN NIÑOS CON Y SIN TRATAMIENTO CON CLA

	CLA		PLACEBO	
	0	16	0	16
Semanas				
Energía	1996 ± 652	1.948 ± 386+	2.168 ± 583	2.233 ± 843
H. de C. (%)	38,0 ± 8	39,9 ± 7	37,9 ± 4	42,7 ± 7
Lípidos (%)	38,2 ± 10	40,0 ± 6	39,5 ± 4	38,2 ± 6
Proteínas (%)	18,7 ± 3	17,3 ± 3	17,1 ± 2	16,7 ± 3
Ejercicio/día (horas)	1,01 ± 1,2	0,84 ± 0,43	1,22 ± 0,7	1,27 ± 1,3

+: muestra las diferencias entre el grupo tratado con CLA y los tratados con placebo en la misma semana del estudio. +: p < 0,05.

fue similar a la que presentaba el grupo tratado con placebo. Con el tratamiento, se observó una disminución en el peso corporal y en el IMC, siendo esto un hecho común, tanto para los pacientes tratados con CLA, como en el grupo control (Tabla I).

La ingesta calórica, así como los porcentajes de calorías ingeridos en forma de hidratos de carbono, lípidos o proteínas, fue similar en ambos grupos (Tabla II), tanto antes del inicio del tratamiento (semana 0) como al finalizar el mismo (semana 16), si bien, al finalizar el estudio se observa una menor ingesta calórica en los pacientes tratados con CLA que en el grupo tratado con placebo. No se observan diferencias en la actividad física realizada entre ambos grupos (Tabla II), tanto al inicio del estudio, como durante el tratamiento con CLA.

- **Parámetros metabólicos y hormonales.** Durante el estudio no se observaron diferencias en los niveles plasmáticos de triglicéridos, colesterol y colesterol en HDL entre los niños tratados con CLA o placebo (Tabla III), si bien los pacientes tratados con CLA presentaron unos niveles de triglicéridos en plasma ligeramente superiores a los del grupo control (Tabla III). También se observó una disminución en la concentración plasmática de colesterol en las HDL, siendo esto un fenómeno común en los pacientes tratados con CLA y con placebo (Tabla III). Al igual que sucede con los parámetros relacionados con el metabolismo lipídico, al inicio del estudio los niveles plasmáticos de glucosa, insulina y adiponectina (datos no mostrados), así como el índice de resistencia a la insulina (HOMA), fueron similares en ambos grupos (Fig. 1). Sin embargo, destaca un comportamiento diferente con el tratamiento, ya que los pacientes que recibieron CLA mostraron una disminución en los niveles plasmáticos de glucosa e insulina y una reducción en el HOMA, efecto que no se observó en el grupo que recibió tratamiento con placebo (Fig. 1).

DISCUSIÓN

La administración de CLA durante 16 semanas a niños y adolescentes obesos no favorece la pérdida de peso comparado con los efectos observados con el tratamiento estándar de la obesidad infantil en nuestra institución (terapia de grupo). Este resultado sería en parte esperable dado que, los estudios que se han realizado en adultos, la disminución de peso, como consecuencia de la administración de CLA,

TABLA III. TRIGLICÉRIDOS, COLESTEROL TOTAL Y EN HDL EN NIÑOS CON Y SIN TRATAMIENTO CON CLA

Semanas	CLA			PLACEBO		
	0	16	32	0	16	32
TG (mg/dL)	109,7 ± 65	116,6 ± 59 ⁺	96,8 ± 56	84,7 ± 53	86,8 ± 33	72,0 ± 32
Col (mg/dL)	162,4 ± 26	155,4 ± 23,2	163,2 ± 23	156,5 ± 30	152,6 ± 25	145,1 ± 28
HDL (mg/dL)	58,0 ± 11	54,6 ± 11 [*]	55,6 ± 10	60,5 ± 12	55,9 ± 10 ^{**}	54,5 ± 9

*: muestra las diferencias entre el mismo grupo de pacientes con o sin tratamiento. *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$. +: muestra las diferencias entre el grupo tratado con CLA y los tratados con placebo en la misma semana del estudio. +: $p < 0,05$.

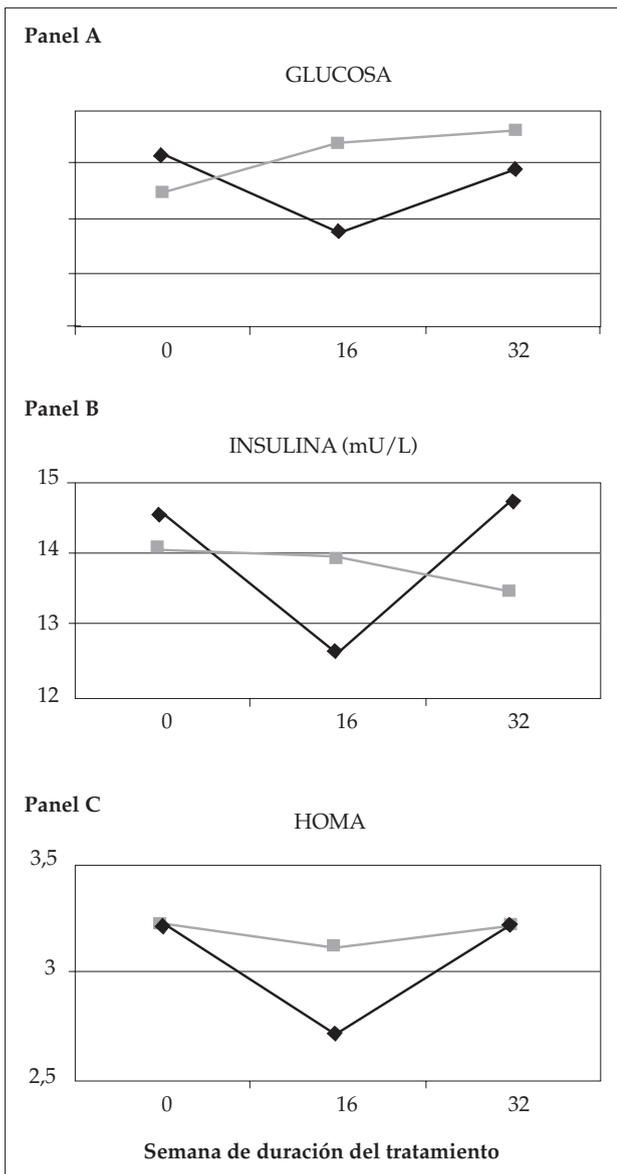


Figura 1.

suele ser manifiesta tras períodos más prolongados de tratamiento y en personas con menor grado de obesidad⁽⁹⁾. En el estudio llevado a cabo por Gaullier y cols.⁽⁹⁾ sólo tras dos años de tratamiento, observan diferencias significativas entre el grupo tratado con CLA y los tratados con placebo. Tampoco podemos descartar que los efectos de la administración de CLA sobre la pérdida de peso se vean enmascarados por el tratamiento de la obesidad con la terapia de grupo que se utilizó durante el presente estudio tanto en los niños tratados con CLA como en los que recibieron placebo. En nuestra institución, la terapia de grupo se ha mostrado eficaz para facilitar la pérdida de peso en niños obesos⁽¹⁰⁾.

Sin embargo, destaca el hecho de que la administración de CLA mejore la resistencia a la insulina, como lo ponen de manifiesto la disminución en los niveles plasmáticos de glucosa e insulina, así como la reducción en el índice de resistencia a la insulina en los niños que reciben la suplementación con CLA, dicho efecto no se ve en el grupo placebo, a pesar de mostrar una pérdida de peso similar a la del grupo tratado con CLA. Este efecto tampoco parece deberse a otros factores relacionados con el tratamiento de la obesidad, que aumentan la sensibilidad a la insulina, como son un mayor grado de actividad física, la pérdida de peso o cambios en la composición de la dieta^(11,12), dado que no se observan diferencias en estos parámetros entre el grupo tratado con CLA y el tratado con placebo, lo que permite sugerir que los cambios en la sensibilidad a la insulina son debidos propiamente a la administración de CLA. De hecho, los pacientes que recibieron CLA al cesar la administración del mismo, tanto los valores de insulina plasmática como de glucosa, así como el índice de resistencia a la insulina, recuperan los valores observados antes del inicio del tratamiento con CLA. Estos efectos en parte son contradictorios con los hallados en otras condiciones experimentales en que determinados tipos de CLA

parecen aumentar la resistencia a la insulina^(7,8); sin embargo, las condiciones experimentales son diferentes con las observadas en este estudio, en cuanto a la composición de la mezcla de CLA utilizada^(7,8), mientras que en el estudio de Moloney y cols.⁽⁸⁾ se llevó a cabo en adultos que ya presentaban diabetes mellitus del tipo 2. También el tiempo de tratamiento en ambos estudios fue menor que el utilizado en nuestro estudio. Con el presente diseño no podemos explicar el mecanismo a través del cual el CLA mejora la sensibilidad a la insulina. Cambios en la composición lipídica de las membranas celulares, de las células sensibles a la insulina, podrían aumentar la sensibilidad a la insulina, como ha sido puesto de manifiesto en otros estudios, donde se ha demostrado que la sensibilidad a la insulina en parte depende de la composición lipídica de la dieta y/o de las membranas celulares; así, dietas ricas en ácidos grasos saturados aumentan la resistencia a la insulina, mientras que las ricas en ácidos grasos poli-insaturados la disminuyen^(12,13).

Este efecto del CLA disminuyendo la resistencia a la insulina podría tener una gran repercusión clínica, habida cuenta de que un 50% de los pacientes estudiados tienen antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en familiares de primer grado (padres o abuelos) (datos no presentados), por lo que esta mayor sensibilidad a la insulina podría retrasar el desarrollo de la DM tipo 2, una de las complicaciones más frecuentes asociadas a la obesidad. Lo que tal vez sea más relevante es el hecho de que esto se lograría sin intervenciones farmacológicas, simplemente con pequeñas modificaciones de la dieta.

El colesterol total y en HDL tiene una tendencia a disminuir en el grupo tratado con CLA, así como en el grupo control, lo que nos indicaría que el efecto no es secundario al tratamiento con CLA. Los datos existentes en la literatura son contradictorios en cuanto a los efectos de la ingesta de CLA sobre los parámetros relacionados con el metabolismo lipídico, así algunos estudios han puesto de manifiesto una disminución del colesterol en HDL, otros no lo han demostrado⁽⁵⁾. Los presentes resultados demuestran que la administración de CLA en niños obesos no tiene efectos deletéreos sobre el colesterol total o en HDL, ni sobre los triglicéridos plasmáticos.

En resumen, los presentes resultados ponen de manifiesto, en niños y adolescentes obesos, que la ingesta diaria de 3 g de CLA aumenta la sensibilidad a la insulina, dis-

minuyendo los niveles plasmáticos de insulina y glucosa. Esto permite sugerir que podrían contribuir a la disminución del riesgo de desarrollar DM tipo 2 y enfermedades cardiovasculares, dos procesos relacionados con la resistencia a la insulina y el hiperinsulinismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, et al. Cardiovascular health in childhood. A statement for health professionals from the committee on atherosclerosis, hypertension and obesity in the young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation* 2002; 106: 143-60.
2. Must A, Jacques PF, Dallal GE, et al. Long-Term morbidity and mortality of overweight adolescents. A Follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. *N Engl J Med* 1992; 327: 1350-5.
3. Steinberger J, Daniels SR. Obesity, insulin resistance, diabetes, and cardiovascular Risk in children. *Circulation* 2003; 107: 1448-53.
4. Belury MA. Dietary Conjugated Linoleic Acid in Health: Physiological Effects and Mechanisms of Action. *Annu Rev Nutr* 2002; 22: 505-31.
5. Terpstra AHM. Effect of conjugated linoleic acid on body composition and plasma lipids in humans: an overview of the literature. *Am J Clin Nutr* 2004; 79: 352-61.
6. Aminot-Gilchrist DV, Anderson HDI. Insulin resistance-associated cardiovascular disease: potential benefits of conjugated linoleic acid. *Am J Clin Nutr* 2004; 79 (Suppl): 1159S-63S.
7. Riseru U, Brismar K, Arner P, et al. Treatment with dietary tans10cis12 conjugated linoleic acid causes isomer-specific insulin resistance in obese men with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2002; 25: 1516-21.
8. Moloney F, Yeow TP, Mullen A, Nolan JJ, Roche HM. Conjugated linoleic acid supplementation, insulin sensitivity and lipoprotein metabolism in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr* 2004; 80: 887-95.
9. Gaullier JM, Halse J, Hoye K, et al. Supplementation with conjugated linoleic acid for 24 months is well tolerated by and reduces body fat mass in healthy, overweight humans. *J Nutr* 2005; 135: 778-84.
10. Bonet B, Quintar A, Sentschordi L, et al. Terapia de grupo para el tratamiento de la obesidad infantil. 55 Congreso de la As. Española de Pediatría. Valencia; 2006.
11. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 34 (18): 1343-50.
12. Borkman M, Storlien LH, Pan DA, et al. The relation between insulin sensitivity and the fatty-acid composition of skeletal-muscle phospholipids. *N Engl J Med* 1993; 328 (4): 238-44.
13. Folsom AR, Ma J, McGovern PG, et al. Relation between plasma phospholipid saturated fatty acids and hyperinsulinemia. *Metabolism* 1996; 45 (2): 223-8.

Primera Mesa Redonda. Adolescencia del varón

Prevención de la salud sexual y reproductiva del varón adolescente

E. RUIZ CASTAÑÉ

Fundació Puigvert. Barcelona

En nuestra cultura aún hoy en día hay dos grandes temas que son conflictivos y de máxima importancia para la formación del ser humano: la sexualidad y la lucha por la autonomía.

La sexualidad se constituye desde el nacimiento y no educar es una forma por omisión de educar. La educación sexual es un derecho (forma parte de la Declaración de Derechos Humanos) y este derecho se ejerce desde muchos ámbitos sociales: los medios de comunicación, que establecen a menudo modelos sexistas y estereotipos, con informaciones claramente orientadas a modelos de interés.

Es preciso formar personas críticas que influyan en los actores implicados:

- Periodistas.
- Políticos.
- Publicistas.

A nivel sanitario:

- Prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- Programas contraceptivos.

Realizar intervenciones educativas:

- Informativas/normativas.

Activar desde el modelo educativo en la educación sexual participativa, la familia, los amigos, escuelas y trans-

mitiendo valores que den reconocimiento, confianza, seguridad emocional, intimidad.

Fomentar una ética positiva hacia la igualdad de géneros con confianza y seguridad relacional que permita a los adolescentes compartir responsabilidades.

Un aprendizaje emocional que les permita aprender a quererse y a saber querer desarrollando sus propias habilidades vitales.

Es lo que Paulo Freire llamó "Aprendizaje significativo" con procesos de investigación y acción del adolescente con sus propias vivencias sexuales donde el educador es sólo un acompañante.

La OMS reconoce la adolescencia como la etapa de la vida donde se producen todos los cambios desde el punto de vista físico, psicológico y social entre los 10 y los 20 años de edad.

La pubertad se refiere únicamente a los cambios físicos que culminan con la adquisición de la capacidad reproductiva.

Muchas veces, se producen errores por parte de los educadores:

- Poder parental (creer que los niños aprenden solos).
- No expresar afectos delante de los niños.
- Negar la sexualidad infantil.
- No responder a sus preguntas.
- Falta de naturalidad con ellos.

Correspondencia: Dr. Eduard Ruiz Castañé. Servicio de Andrología. Fundació Puigvert. C/ Cartagena 340-350 08025 Barcelona

Correo electrónico: eruiz@fundacio-puigvert.es

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

En la búsqueda de su identidad sexual, también los adolescentes cometen errores:

- Por modelos dominantes de belleza.
- Anorexia/bulimia.
- Vigorexia.
- No aceptan su imagen (dismorfofobia).

Hay que ayudarles en formar personalidades hacia la aceptación de la diversidad, alimentación, higiene, comunicación y todos los aspectos que les preocupan (drogas, alcohol, placer, sexualidad...).

A menudo, los varones adolescentes se preocupan del pene, el aspecto de los genitales, distribución del vello y no saben dónde acudir.

¿POR QUÉ LOS ADOLESCENTES ASUMEN RIESGOS EN SU CONDUCTA SEXUAL?

1. La sociedad ofrece mensajes contradictorios:
 - Incita al consumo.
 - Permisiva con horarios y actividades.
 - Estimula la sexualidad en la publicidad y productos culturales.
2. Niega la educación sexual en la familia y el colegio.
3. Considera a menudo a los adolescentes como un grupo sin actividad sexual.

Además, los adolescentes:

- Son atrevidos, buscan nuevas experiencias.
- Se sienten invulnerables al riesgo.
- Se dejan presionar cuando están en grupo para hacer conductas reprochables.
- Viven la sexualidad como prestigio social.
- Ven el riesgo como algo lejano.
- Practican el sexo en contextos poco adecuados:
 - Sin planificación.
 - Con alcohol.

- Drogas.
- Lugares peligrosos.

Los varones adolescentes deben acceder a la sexualidad para reconocer sus fantasías, obtener contacto físico, enamorarse y, muchas veces, ponerse a prueba (en ocasiones estos primeros contactos son homosexuales sin mayor trascendencia).

Hemos querido de una forma breve exponer algunas características del comportamiento sexual de los adolescentes varones y quisiera exponer los posibles contenidos de un programa de educación sexual para adolescentes:

1. Sexualidad. Conceptos. Historia y cultura.
2. Desarrollo biológico, psicológico y social de la sexualidad.
3. Fisiología y anatomía sexual y reproductiva.
4. Pubertad. El cuerpo y la imagen corporal.
5. Orientación del deseo, filias, fobias y parafilias. Educar en la tolerancia.
6. Identidad sexual y *roles* de género.
7. Relaciones interpersonales familiares y grupos de iguales.
8. Deseo. Atracción y enamoramiento.
9. Anticoncepción.
10. Conductas sexuales de riesgo.

CONCLUSIONES

- Desarrollar un lenguaje sexual cómodo.
- Crear un clima y un espacio de libertad.
- Proximidad y sensibilidad con respecto a la intimidad.
- Actividad positiva hacia la sexualidad.
- Crear espacios y programas específicos, sobre todo con habilidad didáctica, praxis flexible en conflictos y trabajo grupal.

Primera Mesa Redonda. Adolescencia del varón

Patología escrotal y peneana: escroto agudo, varicocele y curvatura congénita del pene

J. SARQUELLA GELI

Fundació Puigvert. Barcelona

ESCROTO AGUDO

Podemos definir el síndrome del escroto agudo como aquella entidad clínica multifactorial cuyo síntoma principal es el dolor intenso, de aparición brusca en el escroto y/o en su contenido, con irradiación ascendente inguinal o abdominal, tumefacción escrotal y, ocasionalmente, náuseas y vómitos.

La presencia de estos signos y síntomas en un niño o un adolescente deben considerarse como una situación de urgencia que requerirá de una rápida evaluación, un cuidadoso diagnóstico diferencial y, en ocasiones, una exploración quirúrgica inmediata ya que, en aquellos casos donde la vascularización testicular esté comprometida, la supervivencia de la glándula estará íntimamente relacionada con el tiempo de isquemia que pueda haber sufrido.

La orientación diagnóstica principal la aportará la anamnesis y la exploración física. Otras exploraciones complementarias, como el sedimento de orina y el estudio eco Doppler, podrán definir mejor algunos aspectos necesarios para la toma de decisiones posteriores pero, en cualquier caso, su aplicación no deberá ser motivo de retraso excesivo de una exploración quirúrgica (Fig. 1).

Ninguna de las condiciones responsables de un escroto agudo es patognomónica por sí misma, pero la combinación de la información obtenida, tanto de la historia clínica

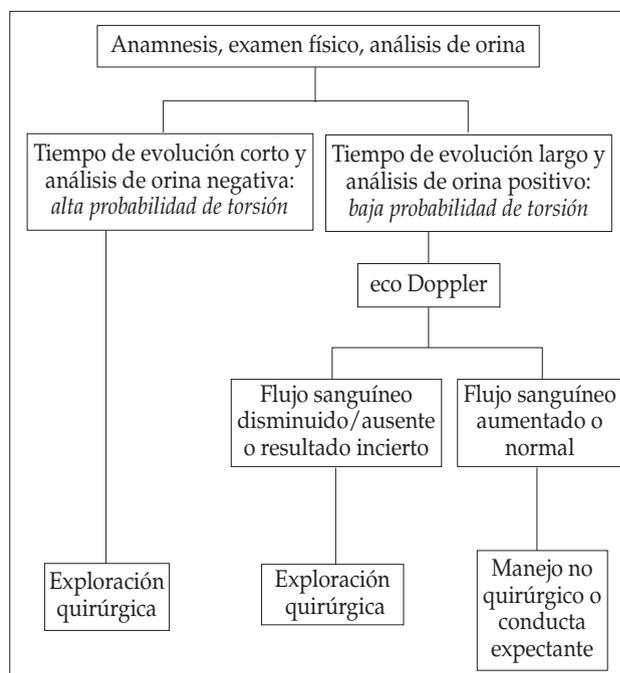


Figura 1. Escroto agudo.

ca como de los hallazgos físicos, nos sugerirá frecuentemente el diagnóstico correcto.

El dolor, la tumefacción o el eritema escrotal pueden deberse a lesiones primarias del contenido escrotal, por lesiones de

Correspondencia: Dr. Joaquim Sarquella Geli. Servicio de Andrología. Fundació Puigvert. C/ Cartagena 340-350. 08025 Barcelona
Correo electrónico: jsarquella@comg.es

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

la pared o la piel, o el origen radicar en el canal inguinal. En ocasiones, el origen puede ser extraescrotal. Así pues, el diagnóstico diferencial del escroto agudo configura una larga lista de situaciones que deberemos identificar: torsión del cordón espermático, torsión de apéndices testiculares, torsión del epidídimo, epididimitis, epidídimo-orquitis, hernia inguinal, hidrocele, traumatismos, lesiones dermatológicas, vasculitis inflamatorias (púrpura de Schönlein-Henoch), edema escrotal idiopático, tumores, espermatocoele, varicocele, patología no urogenital (p. ej., tendinitis del aductor).

No obstante, las causas que constituyen el 95% de los casos se reducen a tres:

1. Torsión testicular.
2. Torsión de apéndices testiculares.
3. Orquiepididimitis aguda.

Es precisamente en el diagnóstico diferencial entre la torsión testicular y la orquiepididimitis donde se plantean los mayores problemas, no sólo por tratarse de las dos causas más frecuentes, con diferencia, de escroto agudo y por la similitud de los síntomas, sino porque el tratamiento es radicalmente diferente en uno y otro proceso.

La incidencia de estas patologías en relación con la edad puede ser punto de referencia para la orientación diagnóstica. Así, en el primer año de vida y en la adolescencia es mayor la incidencia de torsión testicular y de los apéndices, mientras que en fases más tardías de la adolescencia y en la edad adulta lo es la orquiepididimitis.

Torsión testicular

La torsión testicular ocurre en aproximadamente 1/4.000 hombres menores de 25 años, siendo responsable del 25 al 35% de los procesos escrotales agudos pediátricos. La frecuencia de afectación para ambos testículos es similar. En la mayoría de los casos, la torsión es del cordón espermático (torsión funicular) al producirse una rotación axial del cordón sobre sí mismo, de forma total o parcial. En mucha menor frecuencia puede producirse una rotación del testículo respecto al epidídimo, aunque la traducción clínica será indistinguible.

El mecanismo causal de la rotación generalmente es debido a anomalías de la suspensión de la glándula que condicionan una motilidad alterada de la misma. Para que se produzcan fenómenos isquémicos importantes la torsión ha de ser de 360° o más.

La compresión vascular puede desencadenar una necrosis tisular dependiendo del tiempo transcurrido. La posibilidad de recuperación de un testículo detorsionado en las primeras 6 horas de evolución es muy alta (90%), pero disminuye hasta el 70% entre las 6 y las 12 horas, y un 20% después de 12 horas de evolución.

La exploración quirúrgica pasadas 24 horas del inicio del cuadro de torsión conducirá muy probablemente a la enucleación de la glándula isquémica.

Los síntomas principales son el dolor intenso referido al escroto y, en ocasiones, al abdomen, de aparición brusca, con ascenso del testículo afecto hacia la raíz del escroto, que se encuentra eritematoso. Este cuadro puede acompañarse de náuseas y vómitos, aunque raramente lo hará de síndrome miccional o fiebre.

El dolor puede aparecer en cualquier momento del día, incluso durante el sueño (bastante frecuente), sin relación con ningún hecho en particular. En ocasiones, un episodio de torsión puede tener antecedentes de cuadros dolorosos breves y poco intensos previos, con remisión espontánea. A estos episodios repetidos se les llama subtorsión testicular.

A la exploración física, el testículo suele mostrarse extremadamente doloroso a la palpación, edematoso y con eritema escrotal. La glándula puede estar elevada y horizontalizada (signo de Gouverneur) o palpar el epidídimo en una posición anterior (si los giros del cordón no son completos). La maniobra de elevación del testículo afecto puede incrementar la intensidad del dolor (signo de Prehn negativo), dado que aumenta el grado de isquemia (a diferencia de la orquiepididimitis aguda donde el dolor disminuye). Otro dato orientativo es la ausencia del reflejo cremastérico (test de Rabino-witz negativo). El sedimento de orina será habitualmente normal, aunque puede existir leucocitosis en el análisis sanguíneo. El hallazgo típico en el estudio eco Doppler es la disminución o ausencia de flujo arterial intraparenquimatoso. No obstante, este estudio puede presentar algunos falsos positivos, ya que el edema y la congestión secundarios al proceso inflamatorio pueden dar imágenes de vascularización.

En cuanto al tratamiento, la torsión del cordón requiere siempre de una actitud quirúrgica urgente, dada la relación entre el tiempo de evolución y el grado de afectación glandular. La detorsión manual del testículo sólo puede ser concebida como una maniobra temporal previa a la cirugía, para intentar disminuir el dolor y mejorar el aporte sanguíneo.

La intervención quirúrgica persigue tres objetivos:

1. Salvar el testículo torsionado.
2. Prevenir una recidiva.
3. Prevenir una torsión y lesión del testículo contralateral.

Una vez expuesto el testículo, generalmente a través de una incisión transversa escrotal ipsilateral, se procede a su detorsión. Si la gónada recupera su coloración y aspecto normal en unos minutos, se procede a su fijación (orquidopexia). Si, por el contrario, el aspecto es necrótico o se supone no viable, o si el líquido en el saco vaginal es claramente hemorrágico, se practicará la orquiectomía simple. En caso de duda conservaremos la glándula. Es aconsejable realizar la orquidopexia contralateral en el mismo acto quirúrgico para prevenir su torsión, ya que las anomalías que favorecen las torsiones son bilaterales en más del 50% de los casos. De la misma forma, es recomendable la orquidopexia bilateral en los casos de sospecha fundada de episodios repetidos de subtorsión.

Torsión de los apéndices testiculares

Constituye la segunda causa más frecuente de escroto agudo en la edad pediátrica y, según algunos autores, la causa más frecuente de ello está entre los 3 y 13 años.

De los cuatro apéndices testiculares existentes (la hidátide sésil de Morgagni, la hidátide pediculada de Morgagni, el órgano de Giradles y los vasos aberrantes de Haller), es el apéndice testicular o sésil de Morgagni el que con más frecuencia (95%) se torsiona. Este resto embrionario derivado del conducto de Müller se localiza normalmente en el polo superior del testículo.

La clínica habitual se caracteriza por dolor escrotal de inicio brusco, aunque en ocasiones la aparición del dolor es más insidiosa, raramente acompañado de síntomas sistémicos, como náuseas y vómitos y, generalmente, de menor intensidad que en el caso de torsión testicular. Al examen físico podemos encontrar un escroto de aspecto normal que, a la palpación, es puntualmente doloroso (según la localización de la hidátide comprometida) donde, por transiluminación habitualmente podemos observar un nódulo azulado intraescrotal en uno de los polos (*blue dot sign*) que corresponde a la hidátide en proceso de necrosis. El análisis sanguíneo y de orina habitualmente es normal. El estudio mediante eco Doppler puede objetivar la presencia de flujo intratesticular normal e identificar el apéndice torsionado. En algunos casos, el cuadro clínico será más seme-

jante al de torsión testicular, siendo dificultoso el diagnóstico diferencial y recomendando la exploración quirúrgica del escroto para despejar dudas y extirpar el apéndice. Ante un diagnóstico claro, el tratamiento será conservador (analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos y reposo domiciliario durante unos días).

Orquiepididimitis aguda

Se considera la causa más frecuente de escroto agudo a partir de los 17 años de edad.

En la mayoría de los casos, la inflamación permanece confinada al epidídimo (epididimitis). Cuando el proceso inflamatorio se extiende al cuerpo del testículo hablamos de orquiepididimitis. La inflamación del testículo de forma aislada es muy rara, a excepción de la orquitis urliana, que puede aparecer en el curso de una parotiditis postpuberal.

La principal causa de inflamación es la bacteriana, aunque también podemos hallar inflamaciones abacterianas o causas traumáticas.

La vía de infección más frecuente es la ascendente o canalicular, desde la uretra prostática y a través del conducto deferente. Otras vías de infección menos habituales son la hematógena y la linfática.

La edad del paciente puede orientar hacia el tipo de microorganismo responsable del cuadro, puesto que, en varones menores de 35 años y adolescentes con actividad sexual predominan las enfermedades de transmisión sexual, principalmente por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Por el contrario, en las edades extremas, niños y varones de mayor edad, los microorganismos más frecuentes son los patógenos urinarios comunes, como *Escherichia coli*. En estos casos pueden asociarse anomalías del tracto urinario que faciliten la infección. Por este motivo, ante cualquier episodio de epididimitis e infección del tracto urinario en prepúberes, debe realizarse un estudio mediante ecografía renovesical y, en algunos casos, cistouretrografía de vaciado para descartar problemas estructurales. Otras causas, muy poco frecuentes, son las infecciones sistémicas por tuberculosis, brucelosis o criptococosis.

La clínica se caracteriza por un dolor escrotal de inicio insidioso y progresivo, así como por un aumento gradual del tamaño de la bolsa hemiescrotal. El dolor puede irradiarse por el cordón espermático hacia la fosa ilíaca. Aproximadamente la mitad de los casos suelen presentar fiebre,

así como síntomas miccionales (disuria, polaquiuria, tenesmo, etc.). El dolor y tumefacción del epidídimo pueden evolucionar hacia la inflamación y edema extensos, afectando al hemiescroto implicado hasta borrar los límites normales que separan el testículo y el epidídimo. En ocasiones se produce un hidrocele reactivo.

La elevación escrotal disminuye los síntomas álgicos (signo de Prehn positivo). El reflujo cremastérico suele estar presente. En la analítica destaca leucocitosis con desviación a la izquierda en algunos casos. En el sedimento urinario se detectará piuria en la mayoría de los casos. Si el microorganismo responsable es un gram negativo, el urocultivo será positivo en un 60% de los casos. La ecografía escrotal permite el diagnóstico diferencial con las neoplasias testiculares y los abscesos intraescrotales. El estudio eco Doppler muestra un incremento del flujo sanguíneo testicular.

Respecto al tratamiento, se empezará con una pauta antibiótica empírica (ajustando el tratamiento posteriormente en caso de disponer de un cultivo positivo), teniendo en cuenta las características del cuadro y la edad del paciente. Así, podemos sospechar una enfermedad de transmisión sexual en varones menores de 35 años sexualmente activos y el tratamiento deberá cubrir *Chlamydia* y gonococo. Una pauta recomendada es ceftriaxona, 250 mg im en dosis única seguido de doxiciclina 100 mg vo cada 12 h durante 7-10 días. También podemos utilizar quinolonas de última generación durante 2 semanas. En niños, los microorganismos más probables serán los propios de la infección urinaria, así como su tratamiento.

VARICOCELE

El varicocele se puede definir como una dilatación de las venas espermáticas y/o plexo pampiniforme testicular, secundario a un reflujo venoso, mucho más frecuente en el lado izquierdo. Esta dilatación se acentúa en bipedestación y con el aumento de la presión intraabdominal (maniobra de Valsalva).

La incidencia de varicocele en jóvenes de más de 15 años es de aproximadamente un 15%, no detectándose en menores de 10 años.

Algunos autores sugieren la importancia de la evaluación de esta entidad en los adolescentes en base a algunos datos:

1. Está demostrado que el varicocele aparece en las primeras fases de la adolescencia y que no desaparecerá espontáneamente.
2. Los varicoceles de tamaño medio o grande pueden ser responsables de la alteración en el desarrollo testicular (hipotrofia).
3. El varicocele puede producir cambios en la histología y la función testicular.
4. El efecto gonadotóxico del varicocele puede ser progresivo en el tiempo.
5. Esperar a la edad adulta para tratar el varicocele sólo en el hombre infértil puede dificultar la recuperación de la fertilidad.

No obstante, aunque en algunos individuos el varicocele puede ocasionar este tipo de alteraciones, en otros los cambios serán mínimos o no existirán. Por tanto, el problema que se plantea es cómo identificar de forma adecuada a los pacientes que requerirán un tratamiento quirúrgico del varicocele.

El primer inconveniente que nos encontramos a la hora de profundizar en este campo es la falta de datos concluyentes acerca de la etiopatogenia del varicocele. Algunos autores consideran que el mecanismo por el cual se produce estaría relacionado con un reflujo de sangre venosa anómalo hacia el testículo, debido a una incompetencia valvular de la vena espermática izquierda. Otros sugieren que el efecto llamado *nutknacker syndrome* (cascanueces), producido por la compresión de la vena renal izquierda al situarse entre la aorta y la arteria mesentérica superior, aumentaría la presión sanguínea de la vena espermática izquierda. La disposición anatómica de la vena espermática izquierda, al conectar con la vena renal en ángulo recto, y la mayor longitud de esta vena espermática respecto a la espermática derecha, podría justificar la mayor incidencia de varicocele izquierdo.

Tampoco la fisiopatología del deterioro de la función testicular está del todo aclarada. Probablemente, el aumento de temperatura escrotal, la disminución de la oxigenación del parénquima testicular y el reflujo de metabolitos renales y suprarrenales, sean factores contribuyentes. El efecto deletéreo de estos factores y, probablemente, otros desconocidos, impedirán el correcto crecimiento testicular ipsilateral, así como la aparición de alteraciones en la histología como esclerosis de túbulos seminíferos, anomalías de

las células de Leydig y de Sertoli y diferentes grados de alteración de la espermatogénesis.

El diagnóstico clínico del varicocele mediante la exploración física detallada del cordón espermático y el propio testículo es fundamental. En la mayoría de los casos, el hallazgo es casual en el transcurso de una exploración física de rutina, puesto que, generalmente, los varicoceles en adolescentes son asintomáticos.

La exploración debe realizarse con el paciente en decúbito supino y en bipedestación. Para evidenciar el reflujo se aplicará la maniobra de Valsalva, que permite aumentar la presión intraabdominal. El varicocele suele palparse como una masa indolora de venas dilatadas posteriores y por encima del testículo.

Según las características físicas, podemos clasificar el varicocele en tres grados:

- Grado I: pequeño. Sólo se palpa tras maniobra de Valsalva.
- Grado II: mediano. Palpable sin Valsalva, pero no visible.
- Grado III: grande. Palpable sin Valsalva y visible a través de la piel escrotal (“en saco de gusanos”).

El otro punto importante en la evaluación del adolescente con varicocele es la objetivación del tamaño y consistencia testicular. La valoración de la consistencia es muy subjetiva, pero la medición del volumen testicular puede registrarse de forma más objetiva mediante un orquidómetro como el de Prader, midiendo los diámetros con un «pie de rey» o calculando el volumen mediante ecografía testicular.

Otros estudios complementarios son la detección del reflujo venoso mediante Doppler simple o eco Doppler, especialmente en los casos dudosos, y el estudio de la respuesta de la LH/FSH a la prueba de estimulación con GnRH para la evaluación del grado de afectación testicular (aunque existen resultados contradictorios que confieren poco valor a este sistema). El seminograma, ampliamente utilizado en el adulto, sólo será útil en las fases tardías de la adolescencia. En la mayoría de los casos no será necesario realizar una biopsia testicular.

El tratamiento del varicocele implica siempre un procedimiento quirúrgico. Algunos datos pueden orientar el criterio de indicación quirúrgica:

1. Varicocele asociado a una disminución del tamaño testicular ipsilateral de más de 2 mL respecto al contralateral.

2. Varicocele bilateral.
3. Varicocele sintomático (dolor).
4. Varicocele con seminograma alterado (si es posible, obtenerlo).

Si la decisión es diferir la cirugía, se recomienda programar controles periódicos cada 12 meses con medición del volumen testicular y evaluación de la calidad seminal si es posible, y proceder al tratamiento quirúrgico ante cualquier cambio.

El tratamiento quirúrgico pretende interrumpir el reflujo de las venas espermáticas. Para ello existen varias opciones: varicocelectomía retroperitoneal, varicocelectomía laparoscópica, varicocelectomía inguinal, varicocelectomía subinguinal, oclusión venosa percutánea mediante técnicas de radiología intervencionista.

Sea cual sea la técnica utilizada, la desaparición del reflujo venoso anómalo puede producir un aumento progresivo del tamaño testicular del joven así como mejoría de la calidad seminal, en un porcentaje incluso superior al 50% según autores.

Las complicaciones derivadas de la cirugía son poco frecuentes y principalmente se refieren a la aparición de un hidrocele, la recurrencia del varicocele y la atrofia testicular por compromiso vascular.

INCURVACIÓN CONGÉNITA DEL PENE

La incurvación congénita del pene es una malformación con una incidencia estimada de 1/1.000 varones y es la segunda causa más frecuente de curvatura peneana después de la enfermedad de La Peyronie. Cualquier factor que altere la capacidad elástica de los cuerpos cavernosos provocará una asimetría del pene que se hará evidente en el momento de la erección en forma de curvatura.

Podemos clasificar esta entidad clínica en relación a la presencia o no de alteración uretral asociada (corda):

- Con corda ventral. Secundaria a un desarrollo anómalo del tejido mesenquimal periuretral. Puede asociarse a hipospadias.
- Con corda dorsal. Puede asociarse a epispadias.
- Sin corda. Por desproporción, por hipoplasia o hiperplasia, de uno de los cuerpos cavernosos (curvatura late-

ral) o de éstos respecto al cuerpo esponjoso (curvatura ventral).

A diferencia de los casos de incurvación con hipo o epispadias o corda asociada, donde el diagnóstico suele ser en época infantil por la evidencia de la malformación uretral, la incurvación congénita monosintomática (sin malformación uretral asociada) suele diagnosticarse en etapas más tardías de la adolescencia coincidiendo con el inicio de la actividad sexual del joven. El pene en flaccidez muestra un aspecto normal, sin placas ni cordones fibrosos a la exploración física ni dolor asociado (presente en algunos casos de enfermedad de La Peyronie), manifestándose la curvatura solo con la erección, dificultando en ocasiones las relaciones sexuales, siendo éste uno de los motivos de consulta.

El diagnóstico es clínico, aunque la fotografía del pene en erección (test de Kelâmi) puede ayudar a definir mejor el tipo y ángulo de desviación.

El tratamiento es siempre quirúrgico pero sólo está indicado cuando la deformidad peneana dificulta la vida sexual del paciente o cuando supone un motivo de preocupación importante y pérdida de autoestima. Existen diferentes técnicas de corporoplastia que persiguen el mismo objetivo: conseguir un pene recto en erección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clemente MJ, González JM, de Burgos J et al. Escroto agudo. Manejo de urgencias. *Semergen* 1999; 25: 977-80.
2. Rozanski T, Bloom DA, Colodny A. Surgery of the scrotum and testis in children. *Campbell's Urology*. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 1998. p. 2193-209.
3. Sessions AE, Rabinowitz R, Hulbert WC, et al. Testicular torsion: direction, degree, duration and disinformation. *J Urol* 2003; 169: 663-5.
4. Garat JM. Torsión de testículo e hidátide. *Práctica Andrológica*. Masson-Salvat Medicina 1994. p. 687-90.
5. Ruiz-Romero J, Sarquella J, Ruiz Castañé E. Patología infecciosa del contenido escrotal y diagnóstico diferencial con otros procesos inflamatorios intraescrotales. *Práctica Andrológica*. Masson-Salvat Medicina 1994. p. 643-62.
6. Sarquella J. Fisiopatología del varicocele. *Annals d'Urología* 1998; 4: 321-322.
7. Skoog SJ, Roberts KP, Goldstein M. The adolescent varicocele: what's new with an old problem in young patients? *Pediatrics* 1997; 100: 112-21.
8. Ruiz E, Pasqualini T, Alonso G et al. Varicocele en la pubertad y adolescencia: una nueva perspectiva para el pediatra. *Arch Argent Pediatr* 2001; 99: 471-6.
9. Pomerol JM, Arrondo JL. Incurvación congénita del pene. En: *Práctica andrológica*. Barcelona: Masson-Salvat; 1994. p. 575-80.
10. Fiter L, Mejías J. Enfermedad de La Peyronie e incurvación congénita del pene. En: *Actualización en Andrología*. Barcelona: Pulso ediciones; 2000. p. 269-84.

Primera Mesa Redonda. Adolescencia del varón

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

M.L. JUNQUERA LLANEZA

Hospital Monte Naranco. Oviedo

INTRODUCCIÓN

El grupo adolescente sería uno de los clásicos "grupos de riesgo"⁽¹⁾ para adquirir una ITS; este riesgo viene determinado por la poca formación en educación sexual y la ausencia absoluta de información sobre ITS que sería, en muchas ocasiones un motivo en la demora en consultar al médico. En la adolescencia existe una mayor susceptibilidad para adquirir determinadas infecciones genitales, sobre todo en las chicas; asimismo, como secuelas de estas infecciones, puede aparecer un precoz cáncer de cuello uterino o infertilidad.

Aunque en la adolescencia el sexo es entendido como una fuente de juego y placer, así como la confirmación de una estrenada libertad, no conocen los mecanismos de transmisión de las ITS y, además, piensan que son fuertes y están sanos, y el concepto de enfermedad está muy lejano. Todo esto choca con los sentimientos de vergüenza y retraimiento a la hora de consultar con un médico y, aunque es fácil el mantener con los jóvenes una conversación sobre ciertas conductas, como el beber alcohol, fumar o el uso de drogas, se resisten a hablar acerca de cómo han adquirido la ITS, la frecuencia de contactos sexuales, así como sobre sus hábitos sexuales. Cuando un joven nota algo anormal en sus genitales, la primera consulta es a sus amigos o compañeros, que tienen el mismo nivel de información, lo que ori-

gina que no se corte la transmisión de la infección, y no puedan evitarse determinadas secuelas; tampoco es bueno el nivel de información entre las parejas, cuando uno de ellos está infectado.

Aunque de siempre se ha insistido en que los adolescentes necesitan más formación e información para evitar estas infecciones, no parece que ello sea suficiente. En Suecia, la educación sexual está vigente en las escuelas desde la década de los 50, el aborto es libre desde 1975 y los métodos anticonceptivos están disponibles en clínicas para jóvenes; en un reciente estudio⁽²⁾, se ha comprobado que los abortos en adolescentes habían pasado de 17/1.000 en 1995 a 22,5/1.000 en 2001, y las infecciones por *Chlamydia trachomatis* de 14.000 casos en 1994 a 22.263 en 2001, el 60% de ellas en adolescentes.

En un estudio, realizado en 2003 en los EE.UU., de screening para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* en orina, efectuado en un servicio de urgencias pediátrico, entre adolescentes de 14 a 20 años, un 10% de los adolescentes presentaron una o las dos infecciones sintomáticas⁽³⁾. También en otro estudio entre adolescentes de 15 a 21 años, testando en orina, *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* y *Trichomonas vaginalis*, fueron diagnosticados un 10,8% de alguna ITS; 7,5% infección por *Chlamydia*, 1,3% por gonorrea y 4,0% por *trichomonas*⁽⁴⁾.

Correspondencia: Dra. M^a Luisa Junquera Llaneza. Hospital Monte Naranco (Oviedo). Sección de Infecciones de Transmisión Sexual y Dermatología. Avda. Dres. Fernández Vega 107. 33012 Oviedo
Correo electrónico: mljunquera@telecable.es

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

TABLA I. ITS SEGÚN DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO

Síndrome	Síntomas	Signos	Etiología de transmisión sexual más común
<i>Flujo vaginal</i>	Secreción vaginal Picazón vaginal Disuria (dolor al orinar) Dolor durante el acto sexual	Secreción vaginal	<i>Vaginitis</i> - Tricomoniasis - Vaginosis - Candidiasis <i>Cervicitis</i> - Gonorrea - Clamidia
<i>Secreción uretral</i>	Secreción uretral Disuria Necesidad de orinar frecuente	Secreción uretral (el paciente puede necesitar exprimir la uretra)	Gonorrea Clamidia
<i>Úlcera genital</i>	Úlcera genital	Herida o llaga genital	Sífilis Chancro blando Herpes genital
<i>Dolor abdominal inferior</i>	Dolor abdominal inferior durante relaciones sexuales	Secreción vaginal Dolor abdominal inferior a la palpación Temperatura de más de 38°	Gonorrea Clamidia Anaerobios Mixtos
<i>Inflamación del escroto</i>	Dolor de escroto	Hinchazón del escroto	Gonorrea Clamidia

En un trabajo⁽⁵⁾ realizado en el Reino Unido, se concluye que la infección por virus herpes simple sería una ITS adquirida en la adolescencia. Si bien en otro trabajo realizado en Italia sobre seroprevalencia de infección por virus herpes simple tipos 1 y 2 (VHS-1 y VHS-2), en un estudio longitudinal de adolescentes a los 11 y a los 17 años, refieren una prevalencia a los 11 años del 51,6% VHS-1 y 2,6% VHS-2; siendo la prevalencia a los 17 años de esta cohorte, de 61,4% VHS-1 y 4,9% VHS-2, concluyendo que la infección por VHS-1 está extendida entre los adolescentes, y adquirida en edad temprana, no por vía sexual, aunque también puede causar herpes genital, mientras que la infección por VHS-2 es limitada y causa herpes genital transmitido sexualmente, con ocasionales transmisiones verticales⁽⁶⁾.

En nuestro país, no existen datos sobre estas infecciones en adolescentes; sin embargo, se puede deducir que han aumentado, ya que la tasa de abortos en este grupo etario ha aumentado vertiginosamente en los últimos años, una vez que se usa menos el preservativo, que se generalizó hace unos años debido a la infección por el VIH⁽⁷⁾.

DATOS DE LA UNIDAD DE ITS OVIEDO

La Unidad de ITS de Oviedo se trata de una consulta muy especial, donde asisten personas con percepción de riesgo de tener una ITS, ya sea por trabajar en prostitución, tener múltiples parejas, no usar preservativo o para realizar estudios a parejas con cáncer de cérvix. Los adolescentes en general no tienen percepción de riesgo y pudiera ser por ello que a esta consulta apenas acuden.

Datos epidemiológicos

Todos los datos expuestos corresponden al número de consultas atendidas en la Unidad de ITS durante los años 2002 al 2006. No se trata de número de pacientes, sino de número de consultas, ya que algunos pacientes acuden para realizar controles periódicos.

Si distribuimos la consultas entre pacientes menores de 20 años, entre 20-24 años y mayores de 24 años (Fig. 1), la mayoría de la consultas corresponden a mayores de 24 años, con una media de unas 1.000 consultas anuales; entre 20 y

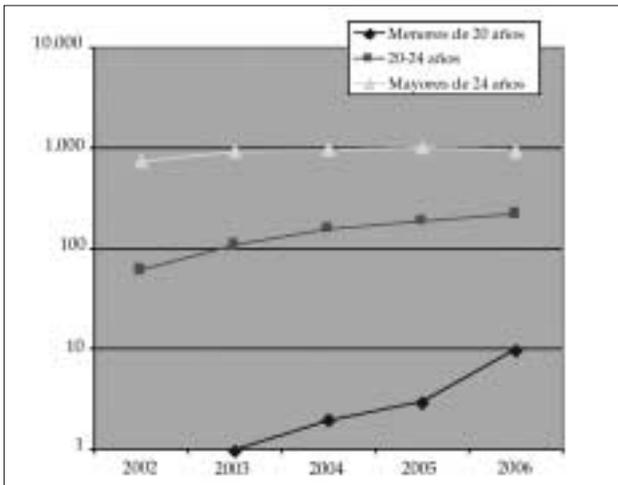


Figura 1. Consultas según edad. Unidad ITS Oviedo 2002-2006.

24 años, las consultas están aumentando desde 2002, siendo alrededor de 100 consultas anuales; las consultas de menores de 20 años, son escasas, si bien, también están aumentando.

Durante los años 2002 al 2006 solamente se realizaron 16 consultas a menores de 20 años; 10 mujeres y hombres heterosexuales, 4 mujeres que trabajan en prostitución y 1 hombre homosexual (Fig. 2).

Según la categoría de exposición la mayoría de las consultas de 20 a 24 años (Fig. 3) corresponden a mujeres que trabajan en prostitución, seguido de mujeres y hombres heterosexuales y hombres que tiene sexo con hombres.

Las consultas de mayores de 24 años (Fig. 4) mantienen la misma distribución pero con menores diferencias.

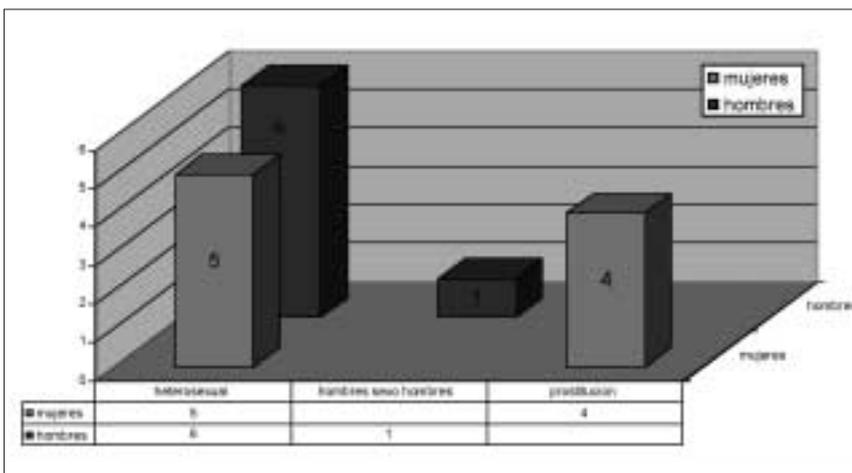


Figura 2. Menores de 20 años según práctica de riesgo.

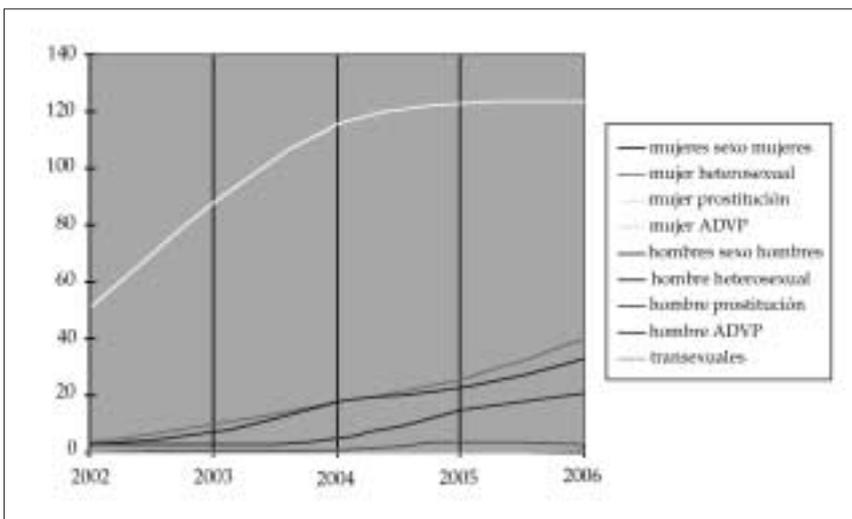


Figura 3. Consultas 20-24 años según categorías de exposición.

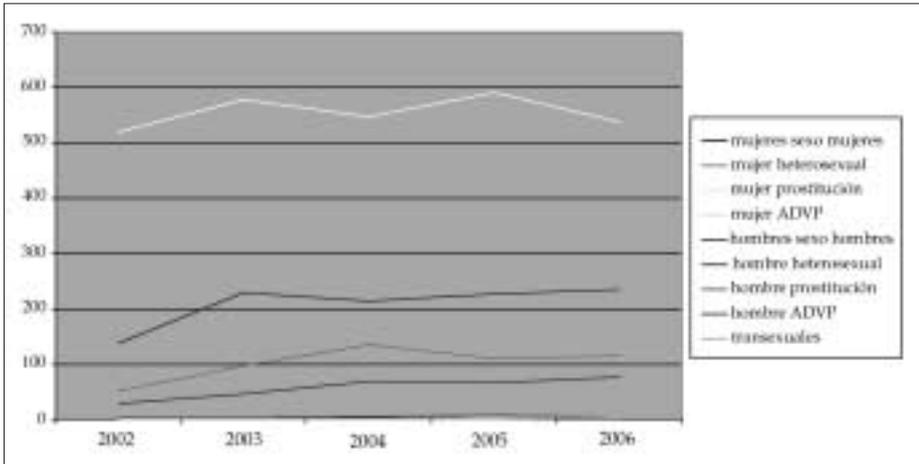


Figura 4. Consulta mayores de 24 años según categoría de exposición. Unidad ITS. Oviedo 2002-06.

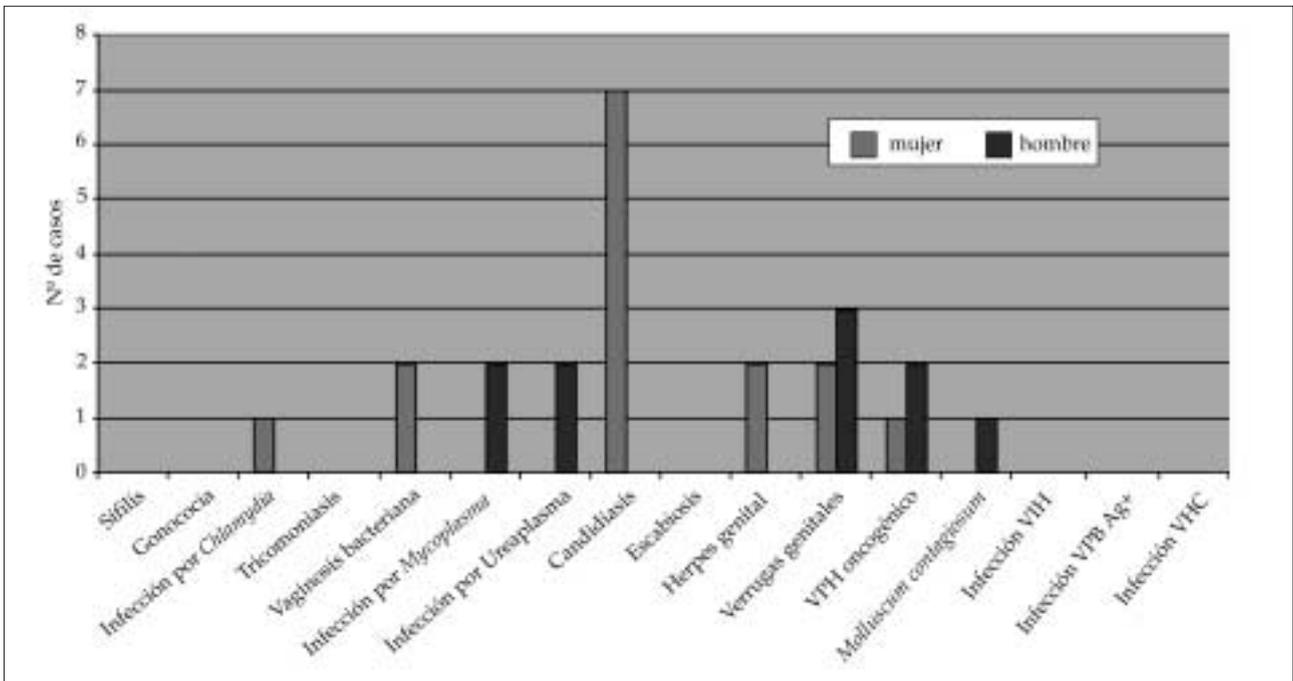


Figura 5. ITS en menores de 20 años. Unidad de ITS Oviedo 2006-2002.

ITS en la Unidad de Oviedo

Los datos de ITS se exponen en las figuras 5, 6 y 7. En menores de 20 años fueron diagnosticadas 25 ITS, un 60% en mujeres (Fig. 5).

Entre 20 y 24 años se diagnosticaron 805 ITS, siendo el 85,7% en mujeres y 21 casos (14,3%) en hombres (Fig. 6). Se detectaron en citología cervical 40 casos de lesiones de bajo grado (CIN I) y 1 caso de lesión de alto grado (CIN II-III) en un total de 958 citologías. El estudio de VPH en cuello del

útero, detectó la presencia de virus oncogénico en 119 estudios. Durante los años 2002 al 2006 fueron diagnosticadas 4.160 ITS entre las consultas de pacientes mayores de 24 años (Fig. 7), siendo el 74,5% en mujeres, el 25% en hombres y 0,5% en transexuales.

Se detectaron en citología cervical 139 casos de lesiones de bajo grado (CIN I) y 15 de alto grado (CIN II-III). Los VPH oncogénicos se detectaron en 331 estudios de cérvix y 115 surco balano-prepucial de varones.

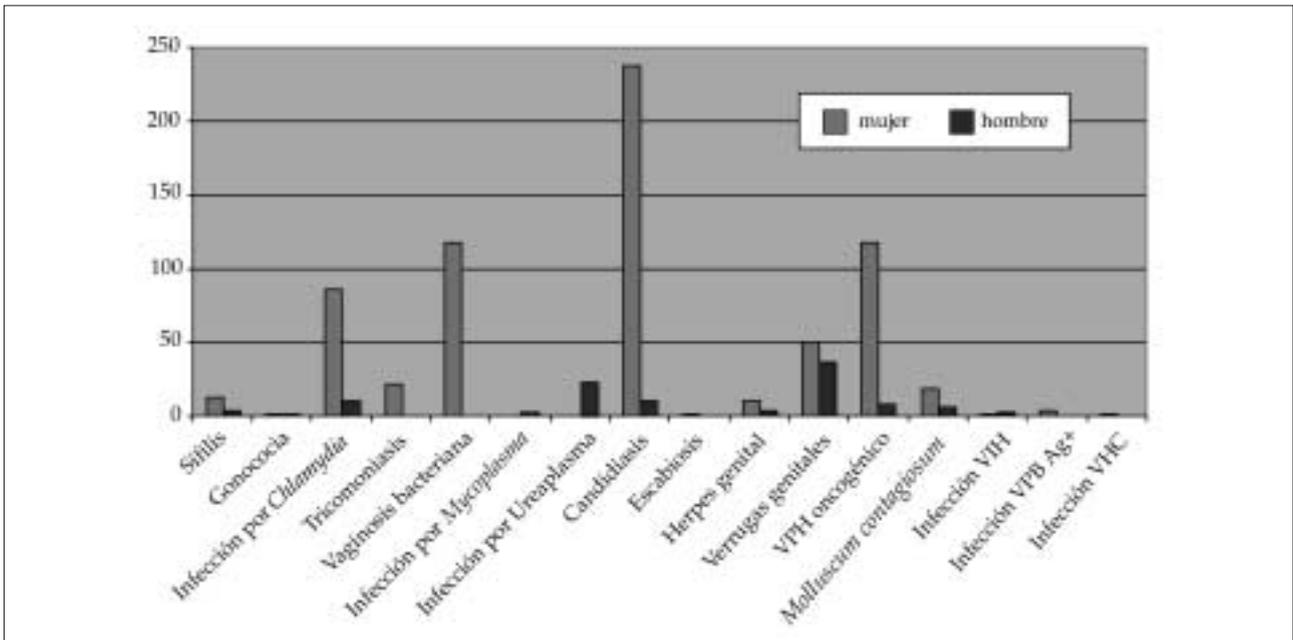


Figura 6. ITS en consulta de 20-24 años. Unidad ITS Oviedo 2002-2006.

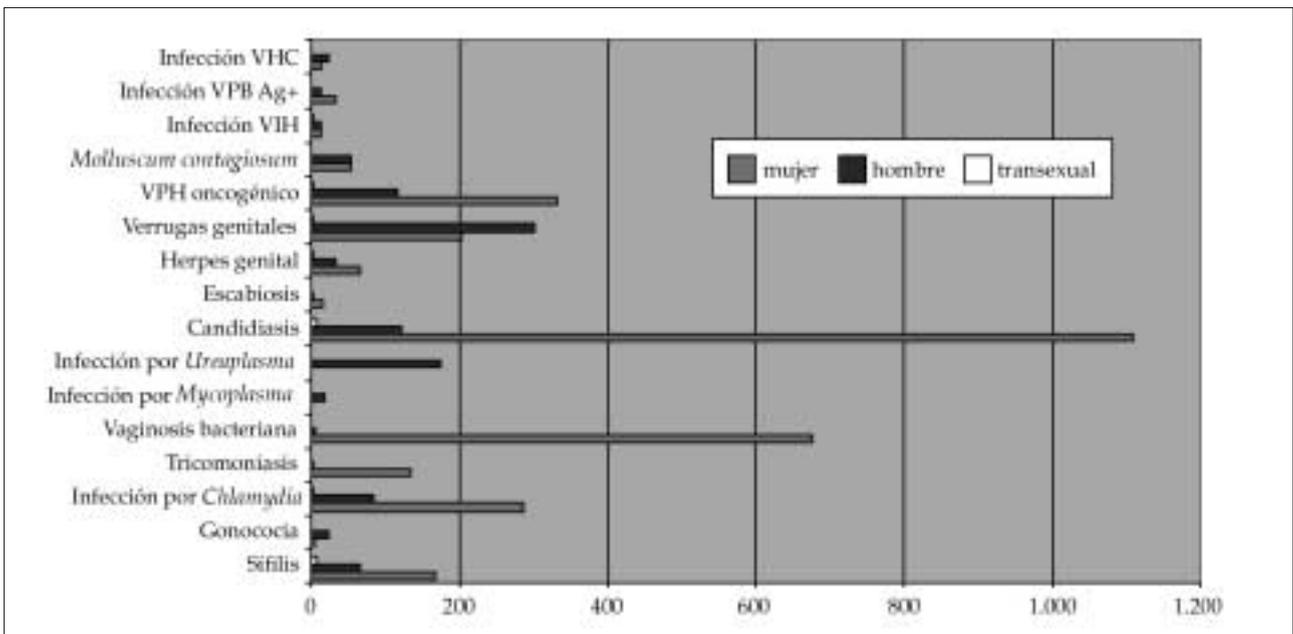


Figura 7. ITS en consulta mayores de 24 años. Unidad de ITS Oviedo 2002-2006.

Prevención ITS

1. Uso del preservativo (Figs. 8 y 9).
2. Debates sobre la circuncisión.

El debate actual sobre el beneficio de la circuncisión como

preventivo para las ITS. Se están realizando múltiples estudios en prevención de infección por VIH, otras ITS y cáncer de cérvix, que parecen avalar la conveniencia de esta intervención⁽⁸⁻¹⁰⁾.



Figura 8. Presevativo masculino, modo de uso.

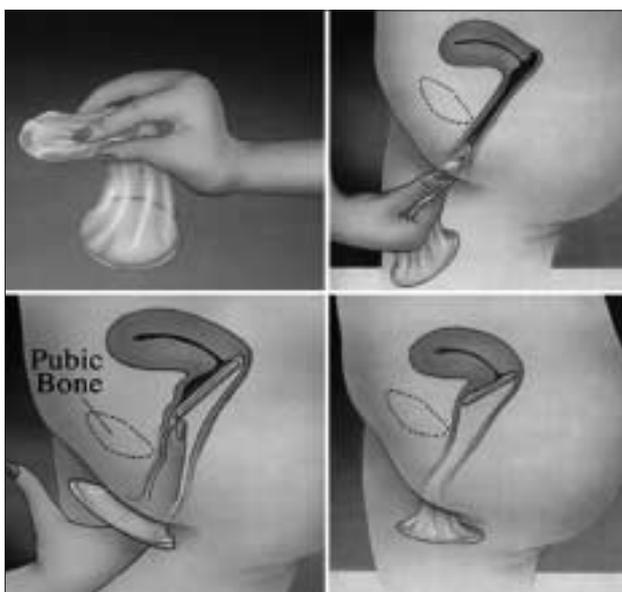


Figura 9. Preservativo femenino, modo de uso. Campaña 2006. Si no tomas precauciones, ¿sabes quién actúa? Ministerio de Sanidad y Consumo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Pichardo A. ETS, un problema de salud en la adolescencia. *Revista Ibero-latinoamericana de ETS* 1988; 2: 23-9.
2. Edgardh K, Adolescent sexual health in Sweden. *Sex Transm Infect* 2002; 78: 352-6.
3. Monroe KW, Weiss HL, Jones M, Hook EW. Acceptability of urine screening for *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* in adolescents at an urban emergency department. *Sex Transm Dis* 2003; 30: 850-3.
4. Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM, Salazar LF, Rose E, Levine D, Brown L, Lescano C, Pughatch D, Flanigan T, Fernández I, Schlenger W, Silver BJ. Associations between sexually transmitted disease diagnosis and subsequent sexual risk and sexually transmitted disease incidence among adolescents. *Sex Transm Dis* 2004; 31(4): 205-8.
5. Cowan FM, Copas A, Jonson AM, Ashley R, Corey L, Mindel A. Herpes simple virus type 1: a sexually transmitted infection of adolescence? *Sex Transm Infect* 2002; 78: 346-8.
6. Suligoi B, Torri A, Grilli G, Tanzi E, Palu G. et al. Seroprevalence and seroincidence of herpes simplex virus type 1 and herpes simplex virus type 2 infections in a cohort of adolescents in Italy. *Sex Transm Dis* 2004; 31(10): 608-10.
7. Rodríguez Pichardo A. Controversias en adolescentes. Conferencia Premio Virgilio Palacio. Oviedo 2004.
8. Castellsagué X, Bosch X, Muñoz N, Meijer C JLM, Shah KV, De San José S, Eluf'neto J, Ngelengel CA, Chichareon S, Smith JS, Herrero R, Franceschi S, et al. Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. *N Engl J Med* 2002; 346 (15): 1105.
9. Williams BG, Lloyd-Smith JO, Gouws E, Hankns C, Getz WM, Hargrove J, De Zoysa I, Dye C, Auvert B. The potencial impact of male circumcision on HIV in Sub-Saharan Africa. *PLoS Medicine* 2006; 3 (7): e262. doi:10.1371/journal.pmed.0030262
10. Lagarde E, Dirk T, Puren A, Reathe RT. Acceptability of male circumcision as a tool for preventing HIV infection in a highly infected community in South Africa. *AIDS* 2003; 17 (1): 89-95.

Talleres simultáneos

Sexualidad

M. GARCÍA RUIZ

Consejo de la Juventud del Principado de Asturias

LA EDUCACIÓN SEXUAL

Desde la sexología, hablar de **educación sexual** es, fundamentalmente, hablar del “hecho sexual humano”, es hablar de chicos y chicas, de hombres y mujeres que son sexuados, que se viven como sexuados y que se expresan y se relacionan como tales. Por eso el objetivo de la Educación Sexual no es otro que el contribuir a que esos chicos y chicas aprendan a conocerse, a aceptarse y a expresar su erótica de modo que se sientan felices.

La educación sexual desde este planteamiento contribuye a que cada uno pueda disfrutar de su sexualidad, así como a evitar los embarazos no deseados, la transmisión de infecciones y otros problemas que no se desean.

El “hecho sexual humano” abarca a todos y a todas, se trata de hablar de sexualidades en plural, de las personas de edades, culturas, capacidades y realidades diferentes.

Plantear la educación sexual desde el marco del “hecho sexual humano” como el “hecho de los sexos” requiere tener en cuenta sus tres realidades: la sexuación, la sexualidad y la erótica.

El proceso de **sexuación** se refiere a construirse como hombre o como mujer, como proceso que se inicia en la fecundación y que no acabará hasta la muerte. En este proceso se van concatenando toda una serie de niveles o estructuras que progresivamente van sexuando al individuo.

Todos estos elementos estructurales y estructurantes del sexo llevan a uno de los dos resultados: hombre o mujer. Y, por supuesto, cada uno de los dos estará lleno de matices porque estamos hablando de muchos niveles que son los que intervienen en el proceso (cromosómico, hormonal, gonadal, de asignación de sexo, crianza diferencial...). De forma que cada cual se situaría en un punto del continuo. Hay muchas maneras de “estructurarse” como hombre y muchas maneras de hacerlo como mujer.

De cara a nuestro trabajo en educación sexual, tendríamos que tener en cuenta que lo hacemos con seres únicos e irrepetibles, desde cada proceso peculiar y particular y reconocer ese valor.

La **sexualidad** es la manera que cada persona tiene de vivir “el hecho de ser sexuado”. Es una categoría subjetiva y no hace referencia exclusivamente a planteamientos anatomofisiológicos. La referencia más clara de la sexualidad son “las vivencias” y cómo cada cual se siente en su intimidad y cómo va viviendo ese proceso de construcción en hombres y mujeres. Es la manera propia de verse, sentirse y vivirse como ser sexuado, como uno de los dos sexos. El terreno de la sexualidad es el de lo peculiar, de las sexualidades en plural. La vivencia del hecho de ser sexuado como hombre o como mujer podrá ser sentida en su matiz homosexual o heterosexual.

La **erótica** se refiere a la forma concreta de expresar lo anterior, lo que somos y lo que vivimos, con múltiples for-

Correspondencia: D^a Mercedes García Ruiz. Psicóloga-Sexóloga. Consejo de la Juventud del Principado de Asturias. Oviedo
Correo electrónico: mgarcia@cop.es

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

mas de expresión y que es personal y particular. En el desarrollo de la erótica entran en juego muchos factores, pero también los propios valores y creencias, la forma de pensar y de entender las relaciones sexuales y las relaciones de pareja, los sentimientos y la importancia que se dé a los mismos, así como todas las demás cosas que se puedan considerar importantes. De todo esto, así como de otras influencias, acabará surgiendo un tipo de erótica propia.

También son importantes otros planos de trabajo como podría ser el *Ars Amandi*, es decir, “los *modus operandi*” o la importancia de la relación de pareja y todos los aspectos que rodean la relación.

OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

El objetivo último de la Educación Sexual es que cada cual aprenda a conocerse, aceptarse y a vivir y expresar su erótica de modo que se sienta a gusto. Este gran objetivo se concreta en objetivos más pequeños:

- Asumir positivamente el “hecho sexual humano” y los procesos de sexuación.
- Posibilitar la aceptación personal de la sexualidad en todas sus dimensiones como fuente de placer, salud, afectividad y fecundidad.
- Comprender y conocer el desarrollo sexual humano.
- Tomar conciencia y aceptar la figura corporal.
- Desarrollar la autoestima, asumiendo una identidad sexual libre de elementos discriminatorios.
- Comprender y conocer los mecanismos de la reproducción para asumir esta capacidad con responsabilidad.
- Conocer y analizar el deseo sexual humano, su orientación y sus manifestaciones.
- Conocer los elementos básicos de la “respuesta sexual” y los afectos y emociones asociados.
- Reconocer las necesidades afectivas y su evolución.
- Desarrollar habilidades como la comunicación, la empatía, la expresión emocional, que permitan vivir la erótica y las relaciones personales de manera adecuada.
- Aprender a reconocer las situaciones de riesgo del comportamiento sexual.
- Desarrollar estrategias personales y colectivas para el análisis y la resolución de problemas que se pueden presentar en torno a la sexualidad.

Por otro lado, de cara a incluir estos objetivos en programas educativos, tendremos que tener en cuenta algunos objetivos y estrategias pedagógicas:

- Asegurar la construcción de aprendizajes significativos.
- Contextualizar los procesos de enseñanza- aprendizaje.
- Tener en cuenta las características de cada grupo.
- Facilitar la globalización de aprendizajes.
- Trabajar con los grupos potenciando los procesos autónomos y cooperativos.
- Trabajar la educación sexual desde el grupo de iguales.
- Desarrollar la intervención en un ambiente abierto.
- Utilizar diferentes materiales didácticos teniendo en cuenta el objetivo de la actividad, el momento de trabajo, el grupo.
- Desarrollar una labor evaluadora en función de los objetivos planteados.

EL PAPEL DE LOS EDUCADORES Y EDUCADORAS EN LA EDUCACIÓN SEXUAL

Se trata de ayudar a buscar respuestas más que encontrarlas o dar las respuestas. Estimular la reflexión para motivar a seguir aprendiendo y favorecer que surjan las preguntas de cada uno y puedan ir resolviéndolas. Se trata sobre todo de sembrar inquietudes. Cada chico y cada chica han de convertirse en una fuente de aprendizaje, que aprenda a aprender, que sepa escuchar a los otros y que vaya construyendo sus propios aprendizajes.

Tener unos mínimos conocimientos de sexología y de pedagogía nos ayudarán en esta tarea. Es importante saber dónde derivar y conocer los recursos de la zona. Es importante adaptarse a las necesidades de las personas y a la realidad del contexto, teniendo en cuenta los otros contextos en los que los chicos y chicas viven para sumar fuerzas y no para competir o descalificar. Lo más frecuente es que las demandas lleguen desde la urgencia, pero lo urgente es diferente de los objetivos de la educación sexual y, aunque podamos abordar lo urgente, es importante no perder de vista el objetivo de la educación sexual. Los procedimientos y las técnicas tienen sentido como apoyo o medio para realizar esa labor educativa.

En educación sexual hablaremos de cambios biofisiológicos, de fisiología de la reproducción, de la fisiología

del placer, del deseo, de la orientación, de los afectos y de la atracción, del enamoramiento, del amor, y de la salud.

LA IMPORTANCIA DEL GRUPO DE IGUALES

La adolescencia se caracteriza por una fuerte necesidad de integración dentro del grupo de iguales. En esta etapa el grupo cumple un importante papel como soporte afectivo, protector, que actuará como marco de referencia para el desarrollo de valores, actitudes y creencias, tanto personales, en lo que se refiere al individuo, como grupales, por lo que se refiere a la construcción social de los valores dentro del grupo. Así el sentimiento de pertenencia al grupo ocupa un papel fundamental y en ocasiones llevará a determinadas conductas para revalorizarse, o para sentirse aceptado por el propio grupo.

El grupo de iguales se configura así como fuente socializadora por antonomasia y la fuente donde el adolescente buscará su estatus y formará su autoconcepto. Dentro de su grupo configurará su identidad y compartirá sus sentimientos, sus dudas, sus temores y sus éxitos. A lo largo de esta etapa el grupo de iguales adquiere una especial relevancia, que se manifiesta por la necesidad de ser aceptado por el grupo y la búsqueda de su propia identidad dentro de él. Así, la información que les llegue a través de su grupo de iguales, sus "normas", ya sean éstas explícitas o implícitas, las considerará como las más certeras y veraces. El proceso de construcción de las normas dentro del grupo de pares se nutre, por un lado, de la percepción de las conductas que los otros llevan a cabo, de la comunicación que surge entre los integrantes del grupo fruto de la puesta en marcha de esas conductas, y de las conductas que lleva a cabo él o la joven.

Por todo ello, es importante trabajar, no sólo con él o la adolescente de forma individual, sino también con su grupo de referencia.

Así, la modificación y el cambio hacia comportamientos más seguros vendrán determinados en gran medida porque sus compañeros también adopten prácticas más preventivas, por un lado, y cuando las consecuencias que siguen a la adopción de medidas preventivas sean la aprobación y la normalización social, y no el rechazo.

EL TALLER DE EDUCACIÓN SEXUAL

Con el trabajo en educación sexual nuestro fin último es que los chicos y chicas aprendan a conocerse, a aceptarse y a expresarse de forma que se sientan felices. Para conseguir esto hay una serie de aspectos que nos proponemos de forma más concreta, como son:

- Favorecer la reflexión de los y las jóvenes sobre las formas de vivir y vivirse como seres sexuados teniendo en cuenta las peculiaridades personales.
- Favorecer actitudes positivas en torno a la sexualidad.
- Favorecer actitudes de empatía y respeto hacia las diferencias individuales.
- Proporcionar conocimientos sobre la sexualidad en los diferentes momentos evolutivos.
- Trabajar sobre las habilidades y el reconocimiento de los propios deseos (erótica), habilidades de comunicación, percepción del riesgo, detección de la presión del grupo de iguales, habilidades para trabajar la autoestima.
- Trabajar sobre las diferencias entre chicos y chicas en los distintos aspectos relacionados con la sexualidad y las prácticas sexuales.

Contenidos

- Aspectos relacionados con el "hecho sexual humano": sexuación, sexualidad y erótica. Actitudes hacia la sexualidad.
- Adolescencia y sexualidad.
- Identidad y orientación sexual. Roles de género.
- Percepción de riesgo y prácticas seguras.
- Habilidades de comunicación y de negociación.

Destinatarios/as

Los destinatarios finales de la intervención son los y las jóvenes que participan en los talleres de educación sexual y en espacios de educación formal y no formal con mediadores y mediadoras juveniles en educación sexual.

Para que la intervención desde la mediación sea de calidad es importante una formación previa por expertos en mediación y educación sexual, que tenga en cuenta el trabajo sobre las actitudes, los conocimientos y las habilidades de los y las mediadoras para que luego puedan trabajarlos con sus iguales.

Metodología

Los talleres son impartidos por mediadores y mediadoras juveniles en educación sexual previamente formados en el tema, siguiendo una metodología que potencia la participación activa del grupo y trabaja aspectos relacionados con actitudes, conocimientos y habilidades relacionados con la sexualidad. Los grupos que forman el taller están formados por 15 a 20 jóvenes.

Estructura

La intervención puede organizarse en módulos según la disponibilidad de tiempo, el grupo, el lugar y teniendo en cuenta algunos criterios: la intervención mínima propuesta sería un módulo de 3 horas. Siempre que sea posible, se planteará una intervención de al menos 9 horas y contando con mediadores en el grupo de iguales. Las dinámicas de trabajo son un recurso para trabajar los temas propuestos, y pueden organizarse según los objetivos que nos planteamos en cada taller y el tiempo del que se disponga.

Evaluación

La forma de trabajar y las dinámicas que planteamos en los talleres permiten una evaluación continua en el proceso respecto a sus actitudes, conocimientos y habilidades. Se realiza una evaluación al final de los talleres.

BIBLIOGRAFÍA

- Altable C. Educación Sentimental y Erótica para Adolescentes. Madrid: Niño y Dávila Editores; 2000.
- Amezúa E. Teoría de los Sexos. Revista Española de Sexología. Madrid: Incisex; 1999.
- Cruz Martín-Romo C. Guía para trabajar en el tiempo libre; la diversidad de orientación sexual: Consejo de la Juventud de España. Madrid; 2001.
- Cruz Martín-Romo. Educación de las Sexualidades. Revista Española de sexología. Madrid: Incisex; 2003.
- García Ruiz M, Dios del Valle R. Sexualidad y Discapacidad. FAP-DAS, 2002.
- Ilberman M. 101 actividades para la formación dinámica. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces; 2001.
- Jóvenes y sexualidad: algunas situaciones de exclusión. Madrid: Consejo de la Juventud de España; 2002.
- Landarroitajauregui J. Homos y heteros. Aportaciones para la teoría de la sexuación cerebral. Revista Española de Sexología 97-98, Madrid: Incisex; 2000.
- López F, Hernández A, Carpintero E, Soriano S, Fuertes A, Martínez JL. Educación sexual en adolescentes y jóvenes. Madrid: Siglo XXI; 1995.
- Sáez Sesma S. Los caracteres sexuales terciarios. Procesos de sexuación desde la teoría de la intersexualidad. Revista Española de Sexología 117-118. Madrid: Incisex; 2003.
- Situaciones embarazosas. Claves para situarse y prevenir embarazos. Consejo de la Juventud de España. Madrid; 2002.

GUÍAS DE REFERENCIA

- Educación sexual y mediación. Consejo de la Juventud del Principado de Asturias; 2004.
- Guía de mediadores para la prevención del VIH. Consejo de la Juventud del Principado de Asturias, Consejería de Salud del Principado de Asturias; 2002.
- Guía de la Prevención de la transmisión del VIH para mediadores y mediadoras, Consejo de la Juventud de España, Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid; 2000.
- Guía didáctica: "El respeto a la orientación por la orientación sexual. Homosexualidad y Lesbianismo en el aula". XEGA 2002.
- Guía para trabajar en el tiempo libre la diversidad de Orientación Sexual. Consejo de la Juventud de España. Madrid; 2002.
- Guía de Orientación, Promoción y Educación para la Salud. Prevención del VIH/Sida. Claves Educativas. Cruz Roja Juventud. Madrid; 2003.
- Guía de Prevención de la Transmisión del VIH para mediadores y mediadoras juveniles. Consejo de la Juventud de España. Madrid; 2003.
- Trabajando la prevención de las drogodependencias en el tiempo libre. Consejo de la Juventud de España. Madrid; 2001.
- Guía didáctica de apoyo para el uso educativo de audiovisuales. Consejo de la Juventud de España. Madrid; 2001.
- Guía Didáctica para el uso educativo de cortometrajes para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA- 2003. Consejo de la Juventud de España. Madrid; 2003.

Talleres simultáneos

La atención al adolescente en la práctica diaria. Problemas y soluciones

G. CASTELLANO BARCA

Pediatra de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud. Torrelavega, Cantabria

INTRODUCCIÓN

Es evidente que el pediatra está habituado a tratar a lactantes y niños y que superar la barrera de los 12 años plantea algunas dificultades que aumentan a medida que el paciente va cumpliendo años hasta llegar a los 16, edad pediátrica máxima por ahora y que solo existe en alguna comunidad, aunque en otras pueden ser atendidos con 15 años e incluso con más en ciertas condiciones.

La Pediatría es una especialidad médica ligada como ninguna al crecimiento físico, psíquico y social y resulta obvio decir que el crecimiento no ha concluido a los 14 años, por lo cual parece lógico que el pediatra atienda a los adolescentes, sin pretender la exclusividad, por las razones indicadas, y por los conocimientos que tiene de ese paciente al que atendió desde el nacimiento.

Se plantean dudas frecuentes cuando se trata de delimitar qué es adolescencia, qué es juventud y cuándo el sujeto es adulto. La OMS considera parto de mujer adulta el producido cuando ésta haya cumplido 20 años y los programas de ocio juvenil implantados en España van dirigidos a sujetos de entre 15 y 30 años de edad.

Aunque escape un poco al contenido de esta publicación, considero oportuno hacer algún comentario al respecto. Resulta llamativo que solo en tramos tan altos de edad se dediquen recursos para ocupar el tiempo de ocio juvenil y

evitar conductas de riesgo. Creemos que también deberían dedicarse parte de esos recursos a la prevención para un ocio saludable a partir de 10 años.

Nos parece acertado el criterio de la ONU que considera adolescentes a los sujetos de 12 a 18 años de edad y jóvenes de 18 a 24. Recientemente se ha acuñado un nuevo término: *adultescentes*, para referirse a los jóvenes de 24 a 30 años de edad y, en ocasiones más, que siguen viviendo en casa de sus padres con la dinámica socio-familiar que esto plantea.

PROBLEMAS DEL MÉDICO

Serán diferentes en cada región ya que los condicionamientos de la atención pediátrica varían dependiendo de lugares geográficos, carga asistencial y organización pero probablemente habrá unos puntos comunes a todos que trataremos de analizar.

1. Motivación del pediatra, ya que no todos se van a sentir atraídos por esa parcela de edad.
2. Conocimientos de Adolescentología ya que, salvo raras excepciones, esa materia no se abordó ni en el pre-grado ni en el post-grado.
3. Temor a que ciertas decisiones terapéuticas tengan repercusión judicial.

Correspondencia: Dr. Germán Castellano Barca. Consulta Joven. Centro de Salud La Vega Z. Torrelavega, Cantabria
Correo electrónico: castellano@saludalia.com

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

4. Temor a la respuesta familiar que puede no entender o compartir la prescripción o el consejo médico.
5. Pérdida de autoridad de los padres y o tutores con falta de normas y límites en la educación diaria desde la primera infancia lo cual conduce a serios problemas de comportamiento en la adolescencia. No se valora debidamente el esfuerzo ni se inculca el amor por las cosas bien hechas. Esta conducta repercutirá en la consulta.
6. Dudas en cuanto a que su esfuerzo se vea correspondido por el adolescente y no resulte un trabajo en vano, dada la especial idiosincrasia de esta edad.
7. Tempo disponible, porque la consulta del adolescente precisa, en general, más tiempo que la del lactante o niño.
8. Desconfianza sobre el reconocimiento de las autoridades sanitarias sobre esa actividad ya que su eficacia no es medible a corto plazo.
9. Burocratización del sistema sanitario que impide en ocasiones una conexión rápida con otras especialidades, habida cuenta, que la atención al adolescente es multidisciplinar.
10. Falta de conexión con la escuela y con los docentes, que son un pilar básico en la formación integral a través de la cual se aprenden habilidades y destrezas para la vida y para la resolución de los problemas cotidianos.
11. Aunque va cambiando la actitud de los médicos es oportuno recordar la profunda tradición paternalista en España, posiblemente por razones sociológicas, históricas, culturales y religiosas y que data del siglo IV a.C. ,ya que para los griegos y los médicos de siglos posteriores ser paternalista era signo de distinción profesional y la forma lógica de actuar.

Es evidente que el médico que atiende a adolescentes no actuará de forma paternalista, ni tampoco pretenderá comportarse como "su amigo". Es un profesional que escucha, aconseja y trata los problemas que surjan a modo de asesor sanitario.

SOLUCIONES

- A. Formación de los sanitarios en la llamada Salud Integral en los estudios de pre-grado y post-grado. Cuando un médico atiende múltiples cuestiones que aparecen en la consulta debe solventarlas actuando a modo de asesor

- sanitario en los frecuentes aspectos psico-socio-sexuales que representan gran parte de la demanda.
- B. Motivación y reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias. A este respecto, es oportuno diferenciar políticas de estado, por encima de otros intereses, de las políticas de gobierno, sometidas a vaivenes políticos, y de los planes de acción que, pueden partir de la iniciativa individual o de grupos, que son diseñados y hasta ejecutados sin trabas burocráticas tras ser propuestos y elevados a las autoridades sanitarias que pueden asumírselos.
- C. Es necesaria una red de asistencia y cobertura psico-socio-sanitaria a la que el médico y el adolescente puedan acceder fácilmente evitando largas listas de espera. En esta red estarían incluidas al menos estas especialidades: Ginecología, Psiquiatría, Psicología, y Endocrinología.
- D. Una consulta joven puede ser también el aglutinante y motor de actividades juveniles saludables y éstas se pueden desarrollar de diferentes modos como exponemos en las consideraciones teóricas.

PROBLEMAS DEL ADOLESCENTE

1. Acceso difícil a las consultas, con listas de espera que dificultan el acercamiento a los sanitarios y otros profesionales. La solución óptima es que haya un tiempo determinado a lo largo de la jornada laboral en el cual el adolescente y el joven puedan acceder sin cita previa.
2. Las dudas respecto a la confidencialidad las despejará el médico advirtiéndole que ésta se garantiza siempre que de esa consulta se deduzca que no hay una situación peligrosa para el interesado o para otras personas.
3. Nuestra experiencia, y que creemos que comparten otros autores, es que los adolescentes y jóvenes tienen especial interés y preocupación por los siguientes temas que los médicos se encontrarán en la consulta diaria:
 - Problemas ligados a la sexualidad y salud reproductiva.
 - Drogas legales e ilegales.
 - Trastornos del comportamiento alimentario.
 - Problemas relacionados con la salud mental.
 - Problemas derivados de la relación familiar o de amigos.
 - Otros.

SOLUCIONES

- A. Información adecuada sobre las posibilidades asistenciales para la juventud que puede hacerse en las consultas, en los centros educativos, en asociaciones juveniles y a través de las asociaciones de padres y madres, AMPA.
- B. Atención individualizada en la Consulta Joven cumpliendo los criterios ya conocidos en cuanto a las cuestiones ético-legales y que podrían resumirse así en los siguientes principios:

Principio moral

1. El hombre es persona y, en tanto que tal, tiene dignidad y no precio.
2. En tanto que personas todos los hombres merecen igual consideración y respeto.

Principios éticos generales

No maleficencia y sí justicia. Algunos autores consideran estos dos aspectos como complementarios. La no maleficencia se refiere a no realizar nunca daño al paciente aunque éste nos lo pida (eutanasia) y sí a conseguir el mejor resultado. La justicia nos obliga a tratar por igual a todas las personas, sin ninguna distinción.

Autonomía y beneficencia. Al hablar de autonomía nos referimos a la libertad del paciente para tomar sus decisiones a través de las cuales obtiene el beneficio, la beneficencia. Sin embargo, estos principios no son de aplicación automática ya que no son válidos en niños y menores o persona con capacidad disminuida y están sometidos a la no maleficencia y a la justicia.

Recogida de datos y análisis

Tras la reflexión ético-legal se valorarán los datos basándonos en:

- Historia clínica.
- Identificación de problemas biológicos y éticos.
- Circunstancias de cada caso.
- Búsqueda de casos similares ya resueltos, si fuera necesario.
- Examen de decisiones valorando las más razonables y preferidas por el paciente.

Toma de decisiones y ejecución de las mismas

Después de los conocimientos adquiridos en los pasos anteriores se ejecutará la prescripción, consejo o derivación.

- C. La consulta diaria será un buen marco para crear puentes y contactos con pequeños grupos, a modos, de discusiones, para mejorar la salud integral teniendo presente que atendemos un grupo de edad joven en una sociedad intergeneracional que les admite como recambio pero que no siempre les facilita la inclusión social.

CONSIDERACIONES TEÓRICAS PARA LA PRÁCTICA DIARIA

Existen programas diversos para mejorar la Salud Integral de adolescentes y jóvenes pero su puesta en práctica no consigue los efectos deseados en muchos casos. A través del consejo y tratamiento adecuados impartidos por el sanitario, u otros profesionales, en la consulta estimularemos y participaremos en el proceso de construcción de capacidades para lograr la inclusión social del adolescente y del joven.

Es oportuno recordar que, según la Convención de Derechos Humanos, es niño todo sujeto hasta los 18 años de edad y que el artículo 12 de la Convención establece: "Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio, y el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afecten, teniéndose especialmente en cuenta sus opiniones en función de la edad y madurez".

La primera Conferencia Mundial de Ministros encargados de la Juventud se celebró en Lisboa y se orientó a la aplicación del PAMJ (Plan Acción Mundial Juvenil) de Naciones Unidas diseñado hasta el año 2000 y años subsiguientes y, según el cual, se pueden hacer distinciones en los niveles de participación, ya que es necesario el emponderamiento juvenil, o sea, la participación en la toma de decisiones que adopta diferentes formas:

1. **Información:** los jóvenes son informados de las políticas y actividades que los adultos han decidido.
2. **Consultores de iniciativas de adultos:** los adultos deciden cuándo y en qué temas los jóvenes son consultados.

3. **Consultores de iniciativas juveniles:** los jóvenes pueden proponer temas y actividades pero no tienen poder en las decisiones.
4. **Igualdad en las decisiones:** los adultos y los jóvenes comparten igual poder en la adopción de decisiones.
5. **Autonomía:** los jóvenes toman la iniciativa y conducen proyectos por sí mismos.

OBJETIVOS Y EVALUACIÓN

Creemos necesario dar un paso más y constatar que las acciones emprendidas son eficaces. La atención diaria debe fijar unos objetivos específicos, medibles en lo posible, alcanzables realistas y limitados en el tiempo.

La evaluación nos indicará si se cumplen los objetivos, en este caso en la atención diaria, de manera efectiva y efi-

ciente, permite identificar cualquier problema o tomar las medidas necesarias para corregir el rumbo, así como estimar cambios en la población juvenil que atendemos, y se desarrollará con arreglo a este planteamiento:

- ¿Para qué es la evaluación?
- ¿Quién lo va a hacer?
- Preparar la estrategia para recogida de datos.
- Reunión de la información.
- Análisis de la información.
- Edición del informe.
- Seguimiento.

Aun reconociendo las dificultades existentes sería deseable que los adolescentes tuvieran más disponibilidad de profesionales sanitarios y no sanitarios, interesados en su problemática, para alcanzar una mejor salud integral a través de una **atención diferente para una edad diferente**.

Talleres simultáneos

Drogas: ¿cómo actuar?

J. ZARCO MONTEJO

Médico de Familia. Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, como etapa de cambio vital que es, presenta una gran vulnerabilidad para el consumo de drogas, condicionado, en parte, por un espíritu "experimentador" y, en otra, por las particulares normas sociales y/o grupales existentes.

Los primeros contactos con drogas suelen producirse a lo largo de la segunda década de la vida y, si bien, la edad de inicio al consumo de las diferentes drogas, tanto legales como ilegales, permanece bastante estable durante los últimos años (Fig. 1), las prevalencias de los consumos están aumentando para casi todas las sustancias (Fig. 2), siendo especialmente marcado el aumento en el consumo de cannabis y cocaína.

Cuanto más precoz sea el contacto con una sustancia, mayor es el riesgo de desarrollar una dependencia a esa u otras sustancias. Un objetivo preventivo fundamental será retrasar en lo posible el contacto con las drogas.

Debemos incluir de forma rutinaria una serie de preguntas que nos permitan explorar posibles consumos de sustancias en el contexto de la historia clínica del adolescente, aprovechando la revisión que corresponda y las visitas para vacunaciones, así como cualquier otra visita oportuna. La periodicidad, tanto para la exploración de

un posible consumo como para un consejo breve, debería ser anual. Pueden introducirse preguntas cortas sobre consumo de sustancias en la anamnesis general al igual que se pregunta por el consumo de medicamentos, tanto de prescripción médica como por automedicación. Se recomienda realizar preguntas abiertas, exploradoras y que animen a la persona a que hable sobre el tema y que no incluyan la respuesta dentro de la propia pregunta, huir de repuestas dicotómicas de sí/no... Una buena forma de concretar el consumo lo constituye preguntar sobre escenarios recientes con preguntas exentas de juicios de valor. En lugar de "¿Consumes drogas?" (demasiado abierta y poco neutral) podría utilizarse: "¿Aguantas mucho cuando sales de marcha?", "Si saliste este sábado, ¿Tomaste alguna pastilla o te hiciste alguna raya?", "¿Cuántas?", "¿Conoces alguna persona que tome pastillas?", "¿Tienes algún amigo que lo haga?", "¿Sabes qué efecto producen?" ...

El profundizar mucho en una historia de consumo de drogas requiere de una relación de confianza entre el médico de familia y el adolescente, no siempre fácil de conseguir con un clima empático y la disponibilidad de tiempo adecuados. Antes de someter a un interrogatorio de tercer grado, que resulta generalmente fútil, hay que reflexionar sobre, ¿qué queremos investigar o conocer?, ¿para

Correspondencia: Dr. José Zarco Montejo. Médico de familia. Coordinador del Grupo de Intervención en Drogas de la semFYC. Centro de Salud Ibiza. Área 1. Madrid.
Correo electrónico: jzarco.gapm01@salud.madrid.org

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

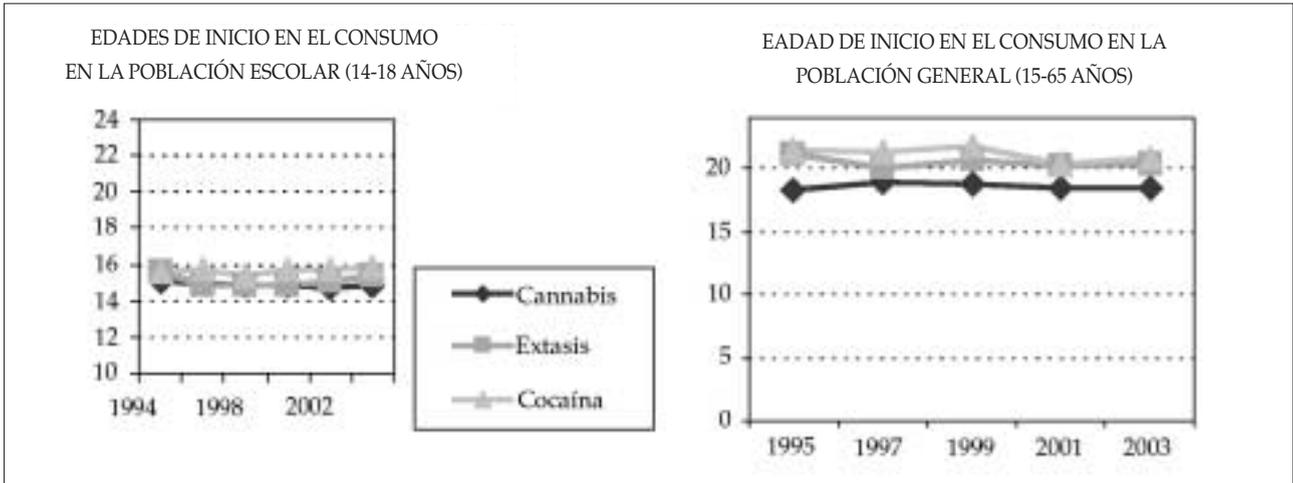


Figura 1. Edad de inicio en el consumo de drogas. Tomado de la Encuesta escolar sobre el consumo de drogas 2004. DGPNSD. Observatorio español sobre Drogas. Madrid (2004) y la Encuesta general sobre el consumo de drogas 2003. DGPNSD. Observatorio español sobre Drogas. Madrid (2003).

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Prevalencia del consumo "alguna vez en la vida" %						
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4
Alcohol	84,1	84,2	86	78	76,6	82
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5
Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9
Prevalencia del consumo "en los últimos días" %						
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56	65,6
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5
Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8

Figura 2. Prevalencias de consumos. Tomado de la Encuesta escolar sobre el consumo de drogas 2004. DGPNSD. Observatorio español sobre Drogas. Madrid (2004).

qué lo queremos saber? y ¿cómo lo vamos a investigar? Al tratarse de un tema especialmente privado y confidencial (más aún si se trata de sustancias "ilegales") hay que dejar siempre la posibilidad de posponer para otro momento su abordaje si no existe el clima adecuado o han aparecido interferencias o resistencias que lo dificulten, dejando la puerta abierta para otro momento más oportuno.

PATRONES DE CONSUMO

Para valorar el consumo de sustancias es importante obtener una información detallada y completa. Cada sustancia se asocia de forma típica a uno o varios patrones de consumo aunque esta relación no es absoluta. Es importante distinguir entre consumos recreativos (asociados a espacios de ocio, típicos del fin de semana) e instrumentales (en los que se persigue un fin determinado). Conviene evaluar siempre la frecuencia del consumo, distinguiendo entre los consumos episódicos (experimentales u ocasionales) y los consumos sistemáticos (habituales o compulsivos).

- Se denomina **consumo experimental** al consumo fortuito durante un período limitado de tiempo. La curiosidad por la sustancia suele ser el factor fundamental.

- Por **consumo ocasional** se entiende el consumo realizado de forma espaciada en el tiempo.
- En el **consumo habitual**, la droga se consume de forma diaria con el fin de alcanzar un objetivo determinado (p. ej.: mantener un elevado rendimiento de trabajo), aliviar síntomas físicos o psicológicos o bien evitar los síntomas de abstinencia que aparecerían al suspender el consumo.
- Se considera **consumo compulsivo** a la administración de la sustancia varias veces al día con pérdida de control por parte del sujeto. Gran parte de la actividad diaria gira en torno al consumo de la sustancia.

La gran mayoría de consumos que se dan en la adolescencia están lejos de cumplir los criterios de una drogodependencia, ya que, en su mayoría, se dan en un contexto de experimentación y pertenencia al grupo y en su mayoría suelen ser no problemáticos.

No obstante, hay que estar alerta ante las señales de alarma que pueden hacer sospechar un posible consumo de drogas: cambio en el rendimiento escolar, problemas familiares...

Es importante detectar los patrones de consumo desadaptativos y los problemas asociados al consumo de drogas. Muchos consumos de drogas son experimentales u ocasionales y no requieren de mayor intervención que el consejo sanitario. No se trata de juzgar el estilo de vida ni desenmascarar al paciente, sino evaluar, desde una actitud empática y respetuosa, las consecuencias para la salud que pueda tener una determinada pauta de consumo ofreciendo información objetiva, consejo personalizado y razonado.

La herramienta fundamental para detectar el consumo de drogas debe ser una correcta historia clínica.

El fenómeno de las *drogodependencias* es un fenómeno complejo fundamentado en la interacción de tres elementos clave, la **sustancia consumida**, la **persona** y el **entorno**.

1. **La sustancia:** los efectos buscados, los efectos tóxicos a corto, medio y largo plazo, el potencial "adictivo", la disponibilidad, el grado de pureza, el coste...
2. **La persona:** factores biológicos (sexo, factores genéticos y familiares...), psicológicos, motivaciones personales...

3. El entorno:

- a) **Próximo ("micro"):** la familia (como factor protector y/o de riesgo), el grupo de pares (clave en el caso de los adolescentes), la escuela, la situación de consumo, disponibilidad, uso del tiempo libre...
- b) **"Meso":** ciudad de residencia.
- c) **"Macro":** valores y modelos sociales.

El objetivo de las medidas de prevención del consumo de drogas es reducir el número de personas que se inician en el consumo de una sustancia o, con más frecuencia, posponer el consumo de drogas hasta una edad más tardía, reduciendo al menos, de este modo, la magnitud del fenómeno de la drogodependencia. La prevención del consumo de drogas implica la información sobre las diferentes sustancias de abuso y la advertencia sobre sus peligros, aunque no se limita a estas dos cuestiones. De hecho, este elemento específico de las drogas constituye únicamente una pequeña parte de la prevención de su consumo. Una estrategia será eficaz si combina información sobre las drogas en cuestión, con técnicas de comportamiento y cognitivas (creencias normativas) concretas que influyan, a modo de prevención, en las pautas de consumo de drogas.

Las estrategias preventivas en Atención Primaria se podrán hacer de forma individual desde las consultas con adolescentes, bien en los propios centros o en consultas de centros educativos, Consulta Joven, etc., o, de forma grupal, en los colegios o con grupos de adolescentes dentro o fuera del centro de salud.

Las actividades escolares deberían ir dirigidas a los formadores y/o familiares de alumnos con el objetivo de realizar una prevención transversal, dado que el impacto preventivo con charlas puntuales a los alumnos está por demostrar. Es muy importante que la información que se transmita sea veraz, fundamentada en la evidencia y con un mensaje uniforme.

El motivo de consulta más frecuente en relación al consumo de drogas en adolescentes suele ser la demanda indirecta por parte de los familiares ante la sospecha y/o conocimiento de un consumo por parte de sus hijos. Es necesario trabajar con la familia desde un principio, tanto desde la perspectiva preventiva como terapéutica. Desde la perspectiva preventiva en drogas el trabajo a realizar debe

comenzar mucho antes de la aparición del problema. Éste será uno de los aspectos fundamentales a trabajar durante el taller. Para un adecuado manejo de esta situación compleja desde la consulta, lo primero a considerar será el realizar una escucha activa de la demanda por parte de los padres, intentando aliviar en lo posible el componente emocional de angustia que suele estar presente e, intentar captar la atención del adolescente para analizar la existencia o no de un posible problema relacionado con el consumo de drogas y actuar en consecuencia. Una vez más las habilidades de comunicación y de atención familiar del profesional sanitario, serán la clave.

BIBLIOGRAFÍA

- Encuesta escolar sobre el consumo de drogas 2004. DGPNSD. Observatorio español sobre Drogas. Madrid; 2004.
- Encuesta general sobre el consumo de drogas 2003. DGPNSD. Observatorio español sobre Drogas. Madrid; 2003.
- Actualización 2005 PAPPs. Atención Primaria 2005; 36 (Supl 2).
- Zarco Montejo J, Caudevilla Gállego F y Casado Vicente V. Atención a las personas con hábitos tóxicos y conductas de riesgo. En: Medicina de Familia. Guía para estudiantes. Barcelona: Ariel-semFYC; 2005 (ISBN: 84-344-3721-X).
- Zarco Montejo J, Caudevilla Gállego F, Cabezas Peña C, Navarro Cañadas C. Conductas de riesgo adictivo. En Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: Ed. semFYC 2007; 23: 1205-68.

Talleres simultáneos

Casos clínicos de TDA/H. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adolescentes

A. FERNÁNDEZ JAÉN

Hospital la Zarzuela. Fundación Educación Activa. Madrid

INTRODUCCIÓN

El TDA/H es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes, con una prevalencia del 4-6%. Los síntomas cardinales de este trastorno son la hiperactividad, la impulsividad y el déficit de atención. Todos estos síntomas están presentes en etapas preescolares, con frecuencia se hacen más manifiestos en la edad escolar y, habitualmente, se mantienen durante la adolescencia.

Sin embargo, es excepcional que la familia acuda a la consulta del pediatra con el diagnóstico sintomático realizado, lo cual obliga al especialista a indagar ante diferentes síntomas que pueden ser secundarios a las manifestaciones señaladas o asociadas al propio trastorno. Mientras que las expresiones conductuales y dificultades académicas son una constante durante la infancia y adolescencia, las consecuencias y asociaciones de las mismas pueden ir cambiando; con frecuencia observamos comportamientos oposicionistas desde la infancia a la adolescencia, trastornos específicos del aprendizaje lecto-escritor que se hacen marcadamente evidentes a partir de los 6 años, enuresis nocturna que con frecuencia se mantiene hasta los 10-12 años de edad, especialmente en varones... No obstante, las manifestaciones del TDA/H en el adolescente y adulto joven pueden ser distintivas de este período: problemas con la autoridad, consumo de sustancias tóxicas, accidentes con motos y coches...

PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

Un abordaje adecuado del TDA/H desde la AP debería recoger dos apartados, el diagnóstico y el terapéutico. En el primer punto, el médico necesitaría tener protocolizado dentro del seguimiento del niño y adolescente sano, un apartado de salud psico-educativa apropiado para cada edad, que recoja síntomas o consecuencias propias del TDA/H (¿tiene un buen comportamiento?, ¿su rendimiento académico es bueno?, ¿fumador?, ¿consumo de alcohol u otras sustancias?, ¿accidentes frecuentes, atropellos...?). Pero, a la vista de lo expuesto, el médico debe estar familiarizado con esos otros síntomas paralelos o colaterales para iniciar un diagnóstico de sospecha cuando desde la familia, o indirectamente desde la escuela, se expresen comentarios inapropiados a la edad del individuo ("retador", "vago", "inmaduro"...). El seguimiento del niño desde etapas precoces de su desarrollo, y las revisiones periódicas, aportan igualmente al profesional de una medida observacional que, con frecuencia otros especialistas no tienen. Finalmente, atendiendo a la formación del médico, y con los instrumentos que tenga a su disposición, podrá plantear un dictamen final o remitir al paciente al especialista de área que pueda delinear este diagnóstico definitivo.

Desde el punto de vista terapéutico, en relación a la formación apuntada, el médico podrá iniciar el asesoramiento

Correspondencia: Dr. Alberto Fernández Jaén. Neuropediatría. Hospital La Zarzuela. Fundación Educación Activa. Madrid
Correo electrónico: aferjaen@telefonica.net

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

to familiar en cuanto a las medidas psicoeducativas más adecuadas (dirigidas, tanto hacia el paciente, como hacia la propia familia), empezar con el tratamiento farmacológico más conveniente o, al menos, realizar una supervisión estrecha de los beneficios o consecuencias de las medidas tomadas, ya sean farmacológicas o no.

DIAGNÓSTICO DEL TDA/H EN EL ADOLESCENTE

El diagnóstico del TDA/H es exclusivamente clínico, y debe estar sustentado en la presencia de los síntomas característicos del trastorno, respaldado por una clara repercusión académica y/o social, tras haber excluido otros trastornos o problemas que puedan estar justificando plenamente la sintomatología observada. Para este propósito podremos hacer uso de los criterios del DSM-IV-TR o la descripción sintomática de la CIE-10.

Para la recogida de síntomas, deberá recogerse una completa anamnesis, a ser posible en presencia de ambos padres, e, indudablemente, con un interrogatorio al propio paciente, que con independencia de la edad, nos podrá definir directa o indirectamente sus problemas, autoestima, relaciones sociales... No debe obviarse un examen físico-neurológico completo. Según diferentes trabajos y nuestra propia experiencia, la tercera parte de los casos diagnosticados de TDA/H son sintomáticos, es decir, esconden una etiología precisa (patología perinatal, trastornos neurocutáneos...) que pueden asociarse a un pronóstico radicalmente diferente al TDA/H idiopático o familiar. Es imprescindible la recogida de datos de la escuela. La información escolar suele ser más objetiva que la de la propia familia.

Existen escalas muy recomendables (Conners, SNAP...), tanto para la recogida estructurada de síntomas del TDA/H en la escuela como en el ámbito familiar. Es trascendental que todo médico entienda que estas escalas son de apoyo, y nunca diagnósticas en sí mismas.

Es igualmente imprescindible la valoración y evaluación de la sintomatología comórbida. En la adolescencia, la patología asociada puede ser incluso más severa que el propio TDA/H y requerir un tratamiento más urgente y contundente.

Otras pruebas o exámenes, como el estudio analítico con hormonas tiroideas, estudios neurofisiológicos o neurorradiológicos, no están indicadas de rutina. Sin embargo, el

conocimiento de los perfiles cognitivos, capacidades atencionales, habilidades lecto-escritoras..., desde el punto de vista neuropsicológico, son muy aconsejables; para realizar esta valoración se puede solicitar la ayuda de los gabinetes de orientación escolar, los psicólogos de área de salud correspondientes, los equipos que colaboran con las asociaciones de padres..., debiéndose buscar la mayor profesionalización de los facultativos que vayan a realizar esta evaluación.

El paso diagnóstico del TDA/H en el adolescente tiene dificultades implícitas a la edad y ambiente familiar-escolar; la sintomatología propia del TDA/H y su repercusión funcional van mejorando con los años en un elevado porcentaje de casos; los criterios diagnósticos están ajustados a la edad pediátrica; las escalas de TDA/H para adolescentes y adultos están generalmente adaptadas desde las utilizadas en la infancia; la colaboración de las escuelas es más compleja en el ciclo de Secundaria que en el correspondiente a Primaria; la comorbilidad del TDA/H es superior en el adolescente; los desajustes en la dinámica o funcionamiento familiar del adolescente no diagnosticado son globalmente mayores; los propios pacientes adoptan una actitud pasiva y tienden a colaborar menos, tanto en el diagnóstico, como en el apartado terapéutico.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS DEL TDA/H EN EL ADOLESCENTE

Antes de iniciar cualquier medida terapéutica, es obligado informar a la familia e, indudablemente, al propio paciente (más aún cuando se trate de un adolescente) sobre el diagnóstico y sus consecuencias evitando, tanto el proteccionismo, como el dramatismo. Es necesario conformar un plan compuesto por diferentes objetivos a corto y medio plazo, en el que deben implicarse, tanto la familia como el paciente. Igualmente, la familia deberá informar a la escuela del diagnóstico y, bien ella misma o los profesionales clínicos, deberán comunicar sobre las medidas más recomendables a tomar en el ámbito escolar.

Una vez dado este paso, deberá plantearse de forma individualizada el tratamiento médico.

Desde el punto de vista farmacológico, los dos únicos tratamientos específicos para el TDA/H son el metilfenidato (Mph) y la atomoxetina, fármaco de próxima incorpo-

ración en nuestro país. Dada la no disponibilidad del segundo y las características del curso-taller, centraremos la atención en el metilfenidato, tratamiento de elección para el TDA/H puro en el momento actual. El Mph ha demostrado ser eficaz en la reducción sintomática de estos pacientes mejorando, consecuentemente, el comportamiento, las relaciones sociales y los rendimientos académicos a corto y medio plazos. La eficacia del Mph es similar en niños y adolescentes. En nuestra propia experiencia, un 65-70% de los adolescentes van a mejorar su conducta y rendimiento a corto plazo, un 20-25% tendrán una mejora sintomática sin beneficio curricular, y un 5-10% no mostrarán mejora alguna o no lo tolerarán. Estos datos coinciden con los observados en población preadolescente según nuestros datos.

En nuestro país, existen dos formas de liberación del Mph, de liberación inmediata (Mph-I) y de liberación osmótica (Mph-O), comercializados con los nombres de Rubifen y Concerta, respectivamente. El primero aporta la ventaja de un menor precio, ajuste de dosis más cómodo al poder fraccionarse el comprimido, y mejor repercusión en el apetito o sueño; como inconvenientes, duración de efecto corto, lo que exige tres dosis diarias, con tomas escolares, posibilidad de mal cumplimiento terapéutico y efecto "inestable" a lo largo de la jornada. El segundo aporta la ventaja de un efecto prolongado con una dosis única a la mañana, por lo que evita tomas escolares, favorece el cumplimiento terapéutico y aporta más estabilidad clínica; como inconvenientes, tiene un precio más elevado, no se puede partir el comprimido, por lo que precisa que sea tragado, los ajustes de dosis son escalonados y puede repercutir en el apetito del mediodía y; en algunos casos, en el inicio del sueño. Estos inconvenientes justifican rara vez la retirada o sustitución del tratamiento. Según un estudio recientemente realizado en nuestro servicio en 144 pacientes, el Mph-Osm mostró una mayor eficacia según la familia y la satisfacción de los padres fue superior respecto al Mph-I, si bien, la mayor parte de los pacientes que estaban bajo tratamiento con Mph-I recibían dos tomas de Mph-I diariamente.

PRONÓSTICO DEL TDA/H

Los estudios pronósticos sobre el TDA/H en la adolescencia y edad adulta se basan en población clínica, y en gru-

pos con TDA/H subtipo combinado. En estos pacientes, la mejora sintomática y funcional a lo largo de la adolescencia es lo más frecuente. Los factores pronósticos más importantes en el TDA/H en este grupo etario son el nivel socioeconómico, la capacidad cognoscitiva del paciente, la presencia de dificultades sociales marcadas, agresividad o problemas de conducta, la presencia de psicopatología en los padres y un mal funcionamiento familiar.

CONCLUSIONES

El TDA/H es un trastorno sintomáticamente crónico y evolutivamente cambiante, con una persistencia en la adolescencia superior al 70%, con unas características clínicas, diagnósticas y terapéuticas específicas de la edad. El conocimiento y reconocimiento por parte de especialistas implicados en el seguimiento de pacientes durante la adolescencia es una condición médica indispensable ya que, a pesar de la edad, un diagnóstico anticipado y un tratamiento adecuado han demostrado mejorar los comportamientos y rendimientos, tanto sociales como escolares, en estos adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rappley MD. Clinical practice. Attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 2005; 352: 165-73.
2. Soutullo C. Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 222-6.
3. Fernández-Jaén A, Calleja-Pérez B, Díez-Laínez MM. Un niño con hiperactividad y déficit de atención. *Med Integr* 2001; 3: 103-9.
4. World Health Organization. ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV-TR). Ed. 4 (Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 546-57.
7. Cantwell D. Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 978-87.
8. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Guite J, Mick E, Chen L, et al. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit

- hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 437-46.
9. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria-III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32: 233-55.
 10. Papazian O, Alfonso I, García V. Efecto de la discontinuación del metilfenidato al comienzo de la adolescencia sobre el trastorno por déficit de atención en la edad adulta. *Rev Neurol* 2002; 35: 24-8.
 11. MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD Follow-up: 24-Month Outcomes of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2004; 113: 754-61.
 12. Lora A. El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8: S69-S114.
 13. Schachter HM, Pham B, King J, Langford S, Moher D. How efficacious and safe is shortacting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *CMAJ* 2001; 165: 1475-88.
 14. Etxebarria XT, Fernández M. Tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en Atención Primaria: tratamiento farmacológico con metilfenidato y opciones no farmacológicas. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8: S39-S55.
 15. Mulas F, Mattos L, Hernández-Muela S, Gandía R. Actualización terapéutica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: metilfenidato de liberación prolongada. *Rev Neurol* 2005; 40: S49-55.
 16. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J. Meta-Analysis of the Efficacy of Methylphenidate for treating Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24: 24-9.
 17. Kutchner S, Aman M, Brooks S, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, et al. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004; 14: 11-28.
 18. Leonard BE, McCartan D, White J, King DJ. Methylphenidate: a review of its neuropharmacological, neuropsychological and adverse clinical effects. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2004; 19: 151-80.
 19. Modi NB, Lindemulder B, Gupta SK. Single- and multiple-dose pharmacokinetics of an oral once-a-day osmotic controlled-release OROS (methylphenidate HCl) formulation. *J Clin Pharmacol* 2000; 40: 379-88.
 20. Pelham WE, Gnagy EM, Burrows-McLean L, Williams A, Fabiano GA, Morrisey SM, et al. Once-a-day Concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings. *Pediatrics* 2001; 107: 1-15.
 21. Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W, Swanson J, Wilens T, Palumbo D, et al. Randomized, controlled trial of OROS methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 2108 (4): 883-92.
 22. Swanson J, Gupta S, Lam A, Shoulson I, Lerner M, Modi N, et al. Development of a new once-a-day formulation of methylphenidate for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: proof-of-concept and proof-of-product studies. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 204-11.
 23. Swanson J, Greenhill L, Pelham W, Wilens T, Wolraich M, Abikoff H, et al. Initiating Concerta (OROS methylphenidate HCl) qd in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Clin Res* 2000; 3: 59-76.

Talleres simultáneos

Patología de la columna: prevención y tratamiento

M.A. Díez Ulloa

Servicio de Cirugía Traumatológica y Ortopédica. Complejo Universitario Hospitalario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

En los primeros años de la vida del ser humano, el sistema musculoesquelético continúa su desarrollo sin ninguna solución de continuidad respecto a la embriogénesis. Esta característica es propia de todo el organismo, pero es, probablemente, en dicho sistema musculoesquelético donde el porcentaje de desarrollo pendiente sea el mayor. Es una energía potencial que, en caso de distorsión en el proceso del desarrollo, puede permitirnos modularla para reconducirla dentro de los límites considerados fisiológicos; esta es una situación única y es la base del concepto "ortopedia", del griego "ορθο, órtho", recto + "παιδοσ, paidós", niño, o "παιδεία, paidéia", educación (corrección corporal). De hecho, el emblema de la ortopedia es un arbolito torcido tutorizado en su crecimiento para enderezarlo... aunque, ¿realmente un árbol retorcido es más fisiológico que uno recto?

Dado que vamos a centrarnos en la edad adolescente, no vamos a profundizar en el campo de las malformaciones congénitas graves que se manifiestan a edades mucho más tempranas. A grandes rasgos, la patología de columna en la adolescencia podría agruparse, según el motivo de consulta, en: a) deformidades; b) dolor (de espalda o irradiados) y c) traumatismos. Esta clasificación es perfectamente extrapolable a los adultos, pero comentaremos los aspectos propios del grupo etario motivo de esta reunión, definido

por una cronología, unas propiedades biomecánicas de los tejidos, un potencial de formación de tejido y crecimiento muy específico (brote de crecimiento de la adolescencia) y unas entidades nosológicas más frecuentes en esas edades.

LAS DEFORMIDADES

Comencemos por las deformidades..., ¿realmente un árbol retorcido es más fisiológico que uno recto? Si hacemos del árbol un símil de la columna, la respuesta es "sí" por tres motivos principales: uno es el equilibrio del cuerpo y la distribución homogénea de cargas, otro es la distorsión de los elementos del sistema nervioso –ya sea estática o dinámicamente por una inestabilidad subyacente– y por último, pero no por eso menos importante, la alteración de la función respiratoria por: a) un desarrollo precario del tejido pulmonar (hasta los 7-10 años) y/o b) una alteración de la mecánica ventilatoria.

La escoliosis

La escoliosis es una desviación de la columna en el plano anteroposterior. En este punto merece mención, como inciso, un trabajo comunicado recientemente en que, en individuos sin alteración vertebral alguna, con estudios de TAC

Correspondencia: Dr. M. Alberto Díez Ulloa. Servicio de Cirugía Traumatológica y Ortopédica. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
 Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

corporal por otra patología, se demuestra que una mínima rotación vertebral ($< 5^\circ$) hacia la derecha ocurre en la columna torácica, así como otra aún menor ($\sim 2^\circ$) a nivel lumbar hacia la izquierda; esto es, la columna realmente no es absolutamente recta ni sin rotaciones aun en personas sin ningún tipo de problema vertebral. Por lo tanto... ¿qué es normal y qué es patológico?

Un capítulo aparte, como ya se ha mencionado, son las escoliosis congénitas, alteraciones en la ontogenia normal por fallo de formación o de segmentación de los somitas embrionarios. Dado que, en sí mismas, estas deformidades congénitas son un mundo aparte con unas señas de identidad especiales y una presentación en los primeros días/meses de vida, no profundizaremos en ellas. Tan sólo señalaremos la hemivértebra, por ser la entidad más frecuente y porque muchas veces se diagnostica durante la adolescencia, que es el grupo de pacientes que nos ocupa en esta reunión. De ella señalaremos que su problemática radica en desequilibrar la columna (es un cuña en una "pila de cajas"), lo que es más probable si se localiza en las charnelas anatómicas (zonas de transición entre la columna cervical, torácica, lumbar y sacro), especialmente en la lumbosacra, sobre todo en la de tipo segmentado encarcelado, esto es, con dos zonas de crecimiento y completamente englobada en la columna. Bien es cierto que estas últimas suelen manifestarse antes de la adolescencia por su gran capacidad de crecimiento deletéreo.

Pero centrémonos en la escoliosis idiopática por ser, con mucho, el problema más habitual en patología de la columna vertebral en la adolescencia. El primer punto es definir normalidad: escoliosis es cualquier desviación de la columna en el plano frontal; habida cuenta de que los mecanismos homeostáticos del equilibrio tienden a mantener la mirada y los centros cocleares del equilibrio en horizontal, la desviación toma forma de curva (ida y vuelta al eje central) a veces con curvas secundarias para compensar desequilibrios de la mirada o de dichos centros cocleares. La magnitud de la curva se mide, por convenio, según el método de Cobb, en proyección anteroposterior o, menos habitual, en la de Stagnara, definida por el plano ligeramente oblicuo respecto al anteroposterior, que muestra la máxima deformidad. Las líneas que marcan el ángulo Cobb son las definidas por el platillo superior de la vértebra más craneal de la curva y el platillo inferior de la más caudal. No obstante,

la escoliosis es una deformidad tridimensional por una torsión de la columna y como tal debe ser entendida y tratada; esta idea es la clave para entender, hablar y tratar de la escoliosis idiopática.

Como hemos dicho, **la escoliosis es una deformidad intrínseca de la columna** y lo primero es descartar otras alteraciones que puedan condicionar una radiografía semejante a una escoliosis, pero sin rotación. Se habla en estos casos de "actitud escoliótica", como, por ejemplo, en una discrepancia de longitud en los miembros inferiores, con mucho la causa más frecuente de este tipo, una contractura muscular antiálgica, más habitual en adultos y típica del osteoma osteoide en la adolescencia, o una báscula pélvica de origen intra o infrapélvico (aparte de las discrepancias de longitud). Aun hablando de escoliosis como "cualquier desviación" hay que señalar que la prevalencia de curvas $> 10^\circ$ es del 2-3% de la población; la de curvas $> 20^\circ$, límite consensuado para hablar de escoliosis, del 0,3-0,5% y la de curvas $> 40^\circ$, es $< 0,1\%$. Son estas curvas $> 40^\circ$ en la proyección anteroposterior pura las que empiezan a ser potencialmente problemáticas.

Retomando el tema de las curvas escolióticas, tampoco se ha demostrado, en series clínicas con un seguimiento de más de 50 años –Winter y cols.–, que una curva torácica de 40° mantenida suponga ningún problema para la vida de la persona que la tiene (tras lo dicho, ¿se le puede llamar paciente?). Pero se sabe que las curvas a partir de una magnitud en torno a 40° en modelos experimentales animales tienden a aumentar más, aunque se retire la onza, y también se sabe que, en los seres humanos, **la deformidad no detiene su crecimiento con la madurez esquelética**, siendo estas curvas importantes las de mayor riesgo de progresar paulatinamente y, sobre todo, en curvas lumbares con un límite de grados más bajo (en torno a 30° de Cobb), de descompensación al llegar a los 40-50 años de edad con los cambios degenerativos propios de esa etapa de la vida.

Hasta hace poco se clasificaba la escoliosis idiopática, según su edad de presentación, en infantil (0-3 años), juvenil (4-10 años) y del adolescente (> 10 años). Actualmente la tendencia, no universalmente aceptada es a diferenciar tan sólo dos tipos: a) "early onset", de inicio o presentación precoz (< 7 años) y b) "late onset", de inicio o presentación tardía; lo que se basa en la historia natural del desarrollo del ser humano. Así, la columna vertebral presenta

dos picos de crecimiento, hacia los 5 años y en la pubertad (11 años en las niñas y 12 ó 13 en los niños), los pulmones se desarrollan aumentando el número de alvéolos hasta los 7 años o un poco más; de este modo, las escoliosis que se desarrollan antes del desarrollo pulmonar pueden ocasionar que el pulmón de la convexidad no forme todos los alvéolos posibles y, por lo tanto, esté en una situación de insuficiencia funcional irreversible (jamás aumentará el número de alvéolos posteriormente) para el resto de la vida del individuo. En su día se decía que una característica propia de la escoliosis juvenil era la progresión entre los 5 años y la adolescencia, además de un patrón de curva casi exclusivamente torácico o doble torácico; pero no hay criterios diferentes de tratamiento y en la historia natural probablemente sean deformidades iniciadas antes o durante el brote de crecimiento de los 5 años que siguen su desarrollo patológico.

Por último, dentro de las escoliosis, deben reseñarse las escoliosis neuromusculares, donde la deformidad vertebral se debe a un fracaso de los músculos que controlan el equilibrio del tronco en mantenerlo en su postura fisiológica; con lo que se produce un “derrumbamiento progresivo” de la torre a la que podríamos asimilar la columna vertebral. Se trata de unas parálisis con una alteración del tono, siendo este último factor crucial, tanto en la historia natural, como en la planificación del tipo de tratamiento. La patogenia viene dada por la afectación primaria de los músculos o de las neuronas que los controlan, de ahí su nombre de escoliosis neuromuscular. **La progresión de la curva viene marcada por la historia natural de la enfermedad de base;** tanto es así, que pocas generalidades más se pueden comentar y habría que estudiar enfermedad por enfermedad e incluso paciente por paciente (siempre hay que hacerlo, pero especialmente en la neuroortopedia); bueno, tan sólo dos características más a lo hora de plantear un tratamiento quirúrgico: a) la mala calidad ósea, secundaria a la falta de estímulo mecánico –ley de Wolff – y a probables disnutriciones y b) la alta tasa de infección respecto a otras escoliosis, de hasta 30% y más en algunas entidades nosológicas (mielomeningocele). Así, por ejemplo, la enfermedad de Duchenne tiene una de las evoluciones más predecibles de toda la medicina... y también la escoliosis asociada. En los pacientes con mielomeningocele (MM) varía el porcentaje de incidencia de escoliosis según el nivel –lógico, según los mús-

culos afectados, desde casi un 100% en los niveles torácicos a un 60% a nivel L4–; pero **el MM no es sólo una patología vertebral**, también conlleva: a) un desequilibrio de la lordosis lumbar, influenciado por la aparición de contracturas en flexión de las caderas, b) un grado de espasticidad y c) posibles malformaciones congénitas asociadas. Mención aparte merece el concepto de síndrome de médula anclada, importante pero menos trascendental de lo que se cree habitualmente, en pacientes asintomáticos. Es crucial a la hora de tratar la columna, la valoración de la funcionalidad de la marcha y el estado de los miembros inferiores. Por otro lado, no todas las escoliosis en pacientes con MM son neuromusculares, puede haber pacientes con niveles bajos y curvas idiopáticas por encima del dicho nivel. Con todo, en estudios de calidad de vida en pacientes con MM, la escoliosis es tan sólo el séptimo de sus problemas.

En cuanto a las otras posibles etiologías neuromusculares, la variabilidad es amplísima, propia tan sólo de superespecialistas, por lo que únicamente mencionaremos la parálisis cerebral y ello para reseñar la necesidad de un estudio individualizado, considerando la edad, calidad y tipo de vida, estado mental, espasticidad, equilibrio corporal, etc.

La cifosis y el plano sagital

Se habla de cifosis como patología cuando hay un aumento de la curvatura de la columna de convexidad posterior, respecto a los valores fisiológicos, en una radiografía en bipedestación en proyección lateral. En una columna normal tan sólo existe cifosis a nivel de la columna torácica, con unos valores de entre 40º y 60º de Cobb, medidos de T1 (T3 o T5) a T12. La variabilidad de referencias se debe a que T1 muy raramente es identificable en una proyección lateral por la superposición de los hombros; T3 generalmente sí lo es, pero tampoco siempre y la cifosis de T1 a T5 es de unos pocos grados.

Puede producir dolor mecánico por la sobrecarga: a) de los platillos vertebrales en compresión y b) de los elementos posteriores (cápsulas articulares, fascias, ligamentos y músculos) en distracción. A veces lo que hay es un dolor lumbar bajo por la hiperlordosis compensadora debido a la sobrecarga de las carillas y de la *pars interarticularis*. Esto no debe olvidarse, la columna en el plano sagital tiene tres curvaturas compensadas, por los mismos mecanismos que controlan la visión horizontal y el equilibrio de la cabeza, que

funcionan como una especie de amortiguador, por lo que la alteración de un segmento cifótico hacia la hipercifosis conlleva la hiperlordotización de otro.

Otro aspecto que hemos observado en la clínica, si bien no estudiado ni referenciado en nuestro conocimiento es la existencia de cuadros dolorosos en pacientes, generalmente chicas adolescentes, con curvaturas normales o de valores angulares límite, pero con un ápex bajo, en torno a T10, cuando lo fisiológico es T6. No suelen tener mayor trascendencia. Parece lógico que en un sistema equilibrado no sólo importan los grados de curvatura, sino la localización de los mismos ya que si, como en estos casos, se varía, ello conlleva un incremento de la cifotización torácica más caudal a costa de una hipocifotización (o lordosamiento –aquí hay un problema lingüístico–) más craneal, en resumen, que es a donde queremos llegar: se pierde la “armonía” del plano sagital. Estos incrementos locales de cifosis desarmónicos producen una sobrecarga por concentración de tensiones en el sistema amortiguador y pueden ocasionar dolor. Lo importante de todo esto es transmitir la idea de que **la columna es un amortiguador de cargas que necesita un equilibrio intrínseco o “armonía”** para funcionar correctamente.

En la adolescencia, existe una tendencia a la hipercifosis leve, postural y elástica, denominada dorso curvo juvenil, en principio sin mayor trascendencia; pero, mucho menos frecuente, existe la cifosis patológica, cuyo exponente mayor es la enfermedad de Scheuermann, definida como una cifosis rígida, con un acuñamiento mayor de 5° de tres cuerpos vertebrales consecutivos, que suele acompañarse de la aparición de hernias de material discal en el cuerpo vertebral por fracturas del platillo vertebral, lo que se conoce como nódulos de Schmörl y es una causa conocida de dolor. Se postula que se origina por un menor crecimiento de los cuerpos vertebrales, con una alteración de la osificación endocondral de los platillos vertebrales; se acompaña de unos altos niveles séricos de GH (¿causa o consecuencia de un intento de compensación?) en individuos de talla alta con edad ósea avanzada. Los criterios de inclusión varían, pero se le calcula una incidencia del 0,4- 8%, con cierto predominio entre los varones, con 3 formas topográficas: a) la torácica, con mucho, la más frecuente; b) la toracolumbar (recordemos el comentario previo sobre la cifosis de ápex caudalizado), relacionada con una disminución de la capacidad para el trabajo físico con la edad y

c) la lumbar, caracterizada por dolor y ausencia de las deformidades en cuña de los cuerpos vertebrales, si bien sí hay pérdida de altura discal y afectación del anillo apofisario en la parte ventral y guarda una relación con trabajos físicos muy pesados en la época de crecimiento.

Sintetizando, son **dos los factores que describen la personalidad de una cifosis: la rigidez y el patrón**; con peor historia natural en las rígidas *vs* las elásticas y en las angulares (muchos grados en pocas vértebras) *vs* las redondeadas o armónicas. Además, existe claramente un mayor riesgo de lesión neurológica en las angulares. También es importante la magnitud, aunque quizá menos que los dos parámetros expuestos antes; con todo, la cifosis puede afectar la mecánica ventilatoria, produciendo un patrón restrictivo, que puede ser origen de una insuficiencia respiratoria y de cor pulmonale en cifosis $\geq 80^\circ$ - 90° . En este sentido hay que señalar, dentro de los conceptos que hay que fijar en la mente, que las cifosis entre 70° y 80° son fuente de dolor, no tanto de compromiso respiratorio, así como que **las hipocifosis/lordosis torácicas $\leq 20^\circ$** causan insuficiencia respiratoria.

Si las escoliosis congénitas son un terreno de superespecialistas, las cifosis congénitas lo son muchísimo más, por lo que tan sólo mencionaremos que se deben a falta de formación o de segmentación y que, si en las segundas lo importante en la progresión en el tiempo (barras), en las primeras lo es la inestabilidad mecánica que conlleva un riesgo neurológico grave y se definen por la localización topográfica de la zona no formada y por la alineación del canal medular, su máximo exponente es la luxación congénita de columna. Se describe también la luxación rotatoria de columna, como una cifosis angular entre dos curvas escolióticas en lordosis.

Para terminar con la problemática del plano sagital en la adolescencia, antes de entrar en la espondilolistesis, hay que dedicar unas palabras a la pelvis. Una anteversión excesiva (sacro horizontalizado) conlleva una hiperlordosis, con una sobrecarga de los elementos posteriores óseos vertebrales y la consiguiente sintomatología dolorosa; esta situación no es infrecuente entre chicas adolescentes. Una retroversión excesiva (sacro verticalizado) conlleva una pérdida de la curva lordótica lumbar y de su función amortiguadora. La gran duda, incluso entre superespecialistas, es definir si la columna sigue a la pelvis o ésta a la columna; pro-

bablemente haya que estudiar a cada paciente en concreto y quizá dicha disquisición sea más académica que de trascendencia clínica, pero el concepto de “**vértebra pélvica**” es crucial al valorar a un paciente con deformidad de la columna vertebral.

La espondilolistesis

Por definición, es el deslizamiento de un cuerpo vertebral sobre el anterior hacia ventral. La etiopatogenia es muy diversa. Afecta al 7% de la población, con una mayor incidencia entre los esquimales y se ha definido teleológicamente como “el tributo de la raza humana por caminar en bipedestación”. En la adolescencia, la inmensa mayoría se deben a una solución de continuidad a nivel de la *pars interarticularis* de L4 o, sobre todo, de L5, lo que conlleva unas sollicitaciones mecánicas aumentadas en el plano anteroposterior sobre el disco y, en un porcentaje de casos, un deslizamiento del cuerpo vertebral secundario a las fuerzas de cizallamiento en sentido ventral, que son, a nivel L5-S1, de hasta un 20% de la carga axial. La solución de continuidad es una espondilolisis, tan sólo cuando hay deslizamiento del cuerpo vertebral se habla de listesis.

La lisis se debe, generalmente, a microfracturas por fatiga de la *pars interarticularis*, originadas por pellizcamiento entre las articulaciones intervertebrales posteriores superior e inferior en movimientos de hiperextensión. En los niños más pequeños puede originar una *pars* sin soluciones de continuidad, pero alargada también por estas microfracturas, pero que aquí curan, y esto sería propio de las espondilolistesis displásicas. En estas zonas de lisis se han encontrado terminaciones nerviosas que pudieran ser responsables del dolor lumbar, pero no en todos los casos y, en un trabajo propio, tampoco se pudieron encontrar siempre. Esto puede tener su importancia a la hora de plantear un tratamiento quirúrgico de reparación directa de la *pars* en vez de artrodesar la unidad funcional vertebral listésica.

Hay muchas medidas radiológicas que se han propuesto en la espondilolistesis, pero las más aceptadas son el porcentaje de deslizamiento y el ángulo de deslizamiento. El porcentaje gradúa dicho deslizamiento en cinco tipos en cuartos del 25% y divide las listesis en alto (tipo III o mayor) y bajo grado. El ángulo de deslizamiento parece ser mejor predictor de la evolución hacia el aumento del deslizamiento, pero tampoco hay consenso pleno, ni en esto ni en cómo

medirlo, pero es un exponente de la cifosis del segmento afecto, lo que tiene bastante sentido como factor de progresión. Se ha propuesto recientemente una clasificación diferente según la retroversión pélvica para ver el riesgo de progresión, pero es controvertida.

La sintomatología consiste en: a) dolor de espalda, por dichas terminaciones de la zona de lisis, por las tensiones transmitidas al disco intervertebral, por la contractura muscular paravertebral, etc.; b) ciática, por la irritación radicular de la raíz nerviosa en el agujero de conjunción del nivel afecto y/o, a nivel L5-S1, por una anomalía anatómica en forma de banda fibrosa-ligamento lumbopélvico (mucho más raro y discutible) y c) una contractura de isquiotibiales, de causa no totalmente explicada, probablemente relacionada con la retroversión pélvica, que conlleva un aumento de la distancia dedos-suelo en la flexión ventral del tronco en bipedestación y una rigidez en la prueba de elevación de la pierna recta.

Aparte de la deformidad radiológica, en casos de alto grado con retroversión pélvica, los pacientes muestran una pérdida del perfil sagital glúteo, con una protuberancia abdominal y un hoyuelo en la línea de las espinosas vertebrales lumbares, fácilmente palpable si se baja el dedo siguiendo dicha línea de apófisis espinosas. Es por esto que debe encuadrarse en el capítulo de deformidades.

EL DOLOR

En una frase, como hilo de continuidad con el apartado previo y a modo de generalidad, diremos que *las escoliosis no duelen, las cifosis pueden doler y las espondilolistesis suelen hacerlo*.

Al igual que en los adultos, en los cuadros de dolor de espalda lo más apremiante es descartar las “banderas rojas”, los signos y síntomas que hacen sospechar que podamos estar ante una situación grave, que en este grupo de edad serían infecciones o tumores (la pancreatitis y el aneurisma de aorta abdominal son extraordinarios en esta edad). Estas “banderas rojas” son el dolor de características no mecánicas, el dolor nocturno, que despierta al paciente, un cuadro de afectación general (fiebre, diaforesis, pérdida de peso, etc.; cuidado con los cuadros vagales respuesta a un estímulo doloroso), masas abdominales, disestesias perineales, disfunción urofecal, etc.

En este grupo de edad, además, probablemente tengan que valorarse también las “banderas amarillas”, o factores psicológicos y, mucho más raro, las “banderas azules” o factores socioeconómicos. Entre las primeras tendríamos las creencias, el miedo al dolor, el comportamiento de evitación, la búsqueda de tratamientos pasivos... y, entre las segundas (mucho más raro en adolescentes, aunque no desdeñable pues ya no son niños infantiles, a veces con *roles* sociales de adulto), el *status* laboral o escolar, el nivel cultural, el componente de reclamación, etc.

Como entidad benigna a tener en cuenta señalaremos las fracturas de estrés en deportistas, posible origen de espondilolisis, como causa de dolor, generalmente lumbar bajo al ser el nivel afectado, sobre todo el L5. Como entidades más preocupantes están las infecciones, las enfermedades reumatológicas y los tumores. Entre las infecciones, destacaremos las discitis estafilocócicas y la tuberculosis, también la brucelosis en algunas áreas geográficas (signo de Pedro Pons); básicamente, el tratamiento de las discitis es médico, con indicaciones quirúrgicas definidas, tanto para la infección en sí como para las secuelas, que básicamente consisten en la falta de control, la clínica neurológica o la desestabilización de la columna por la destrucción tisular por la infección. Las enfermedades reumatológicas se sospechan por la clínica poliarticular y otros síntomas (uveítis, cuadros intestinales, etc.) y, en cuanto a los tumores, a modo de resumen rápido: a) los de elementos posteriores suelen ser benignos, aunque pueden ser dolorosos, con el ejemplo típico del osteoma osteoide, que causa una escoliosis **rígida y dolorosa localizadamente**; mientras que b) los del cuerpo vertebral corresponden a entidades menos benignas, siendo los ejemplos clásicos la vértebra plana del granuloma eosinófilo (poco maligna si es aislada, a veces hasta recupera su altura y se cura sola) y la vértebra marfileña o la vértebra en jersey de *rugby* de la oncología hematológica. Los hemangiomas vertebrales tienen una incidencia del 10% de la población y rara-

mente son fuente de dolor, el peligro es su fractura-estallido por la menor resistencia mecánica del cuerpo vertebral; como regla general, sólo requieren informar al paciente y un seguimiento durante un período de tiempo.

Evidentemente, aparte de una anamnesis bien dirigida y una mínima exploración clínica orientada a la rigidez y sintomatología neurológica concordante, se aconseja realizar un estudio radiográfico básico y una analítica con reactivos de fase aguda como protocolo básico de despistaje, además de otras pruebas más específicas guiadas por la anamnesis y exploración. Merece la pena recordar los tumores sacros y su clínica, pélvica más que lumbar.

LOS TRAUMATISMOS

Las diferencias con la columna del adulto son su **mayor elasticidad y los anillos apofisarios**. Ya la cabeza no es tan grande en relación al cuerpo como en los niños pequeños y no es necesario elevar el tórax en el decúbito supino para evitar la flexión cervical en dicho decúbito sobre un plano. El SCIWORA es mucho menos frecuente que en los niños pequeños, pero vale la pena citarlo. El remanente de crecimiento es variable, pero es poco frecuente que sea trascendental a la hora de predecir una deformidad residual post-traumática.

Como entidades específicas, cabría recordar de nuevo las fracturas de estrés de la *pars interarticularis* en deportistas y, propia de este grupo de edad, la fractura de anillo apofisario, que generalmente no conlleva consecuencias más que el dolor y no requiere otro tratamiento que el ortésico y sintomatológico de apoyo, aunque sí hay sintomatología neurológica –generalmente radicular, por compresión en el agujero de conjunción–, se trata de una indicación quirúrgica, ya que el fragmento de anillo apofisario no se puede reducir y hay que extirparlo.

Mesa Redonda II. Adolescencia: distintos países, distintas experiencias

Introducción

G. CASTELLANO BARCA

Consulta Joven. Servicio Cántabro de Salud. Torrelavega, Cantabria

Expresamos nuestra satisfacción por la puesta en marcha de esta sesión en el marco del XVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Es evidente que la intercomunicación a nivel mundial permite comparar realidades y experiencias entre todos los países, generando un enriquecimiento humano y técnico. La Dra. Susana Guijarro, de Ecuador, el Dr. Vincenzo de Sanctis, de Italia, y el Dr. Francisco J. Fernández, de España, abordarán distintas facetas que nos ilustrarán en diferentes aspectos relacionadas con la adolescencia. Reciban nuestro agradecimiento.

En el año 2000 se celebró en New York una reunión de los 191 estados miembros de Naciones Unidas, produciéndose la llamada Declaración del Milenio, basada en ocho puntos: erradicar la extrema pobreza y el hambre, garantizar que todos los niños y adolescentes terminen un

ciclo completo de estudios básicos, promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de las mujeres, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir HIV/AIDS, malaria y otras enfermedades, garantizar la sustentabilidad ambiental y establecer un sistema comercial mundial para ayudar a los países menos desarrollados.

Por otra parte, el Plan de Acción Mundial Juvenil de 2000 establece la necesidad de que, en 2015, los adolescentes estén plenamente atendidos en lo que se refiere a salud reproductiva.

Reconociendo las diferentes realidades de los países, estamos seguros, que nuestros ponentes aportarán ideas y conocimientos aplicables a cada entorno, considerando la Declaración del Milenio como una acción general y con todas las salvedades necesarias.

Mesa Redonda II. Adolescencia: distintos países, distintas experiencias

Atención Sanitaria al adolescente en Italia

V. DE SANCTIS

*Dipartimento della Riproduzione e Accrescimento. Unità Operativa di Pediatria ed Adolescentologia
Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (Italy)*

L'adolescenza è un periodo della vita il cui inizio coincide con la comparsa dei segni di sviluppo puberale ed il cui termine sopravanza la conclusione della pubertà stessa identificandosi usualmente con il raggiungimento dell'età adulta.

In Italia, come nella maggioranza dei Paesi Europei, alcuni documenti ufficiali assegnano l'adolescenza alla pediatria (Tabella 1 e 2). Dal punto di vista didattico l'adolescenza viene insegnata ai futuri medici solo nell'ambito del Corso di Pediatria e l'adolescentologia è una materia di base per tutti gli indirizzi della Specializzazione in Pediatria che prevede anche uno specifico indirizzo in Adolescentologia. Ed inoltre nel corso di Perfezionamento in Medicina Generale istituito dal Ministero della Sanità l'insegnamento della Adolescentologia è stato affidato solo ai Pediatri.

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E SERVIZI PER ADOLESCENTI IN ITALIA

Dall'ultimo censimento, del 2001, si può rilevare che la popolazione residente in Italia era pari a 56.995.744. Il numero degli abitanti, in età evolutiva, risultava essere 10.090.805 di cui 4.638.412 (45,9%) tra i 10 e 17 anni. I servizi per gli adolescenti nel nostro Paese sono 4097. Circa il 50% dei servizi

TABELLA I. LIMITI CRONOLOGICI DELL'ADOLESCENZA

Organizzazione	Anno	Limiti (anni)
Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)	1975	10-20
Società Italiana di Pediatria (SIP)	1995	11-18
Accademia Americana di Pediatria (AAP)	1995	11-21
Società di Medicina	1995	10-25

censiti è distribuito al Nord, il 20% al Centro, il 20% al Sud ed il 10% nelle Isole. Per quanto riguarda le aree di intervento, il 52% è di tipo informativo-culturale, il 31% socio assistenziale ed il rimanente 17% di tipo animativi-educativo. Nel 38% dei casi i servizi censiti sono rivolti alla fascia di età 11-18 anni, nel 34% agli adolescenti più giovani (fino a 14 anni di età) e nel 28% agli adolescenti di età compresa tra i 14 e 18 anni.

Le tipologie delle unità di servizio sono di seguito rappresentate:

- il 41% è rappresentato da **servizi territoriali**, cioè interventi itineranti, che raggiungono il ragazzo nei suoi luoghi di vita e di aggregazione (educativa di strada, ludobus, assistenza domiciliare).

Correspondencia: Dr. Vincenzo de Sanctis. Unità Operativa di Pediatria ed Adolescentologia
Azienda Ospedaliero. Universitaria di Ferrara. Italy
Correo electrónico: vdesanctis@libero.it

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

TABELLA II. APPARTENENZA DELLA ADOLESCENTOLOGIA ALLA PEDIATRIA: RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Area didattica	Area assistenziale
<ul style="list-style-type: none"> Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (Tab. XVIII, DPR 10 aprile 1986 e 30 ottobre 1996) Assegnazione dell'insegnamento della adolescentologia solo al Corso integrato di Pediatria 	<ul style="list-style-type: none"> SSN – DRG (HCFA-DRG-10.0) (DL 29 ottobre 1994; DPR 24 dicembre 1994) Introduzione dal 1° gennaio 1995 del sistema di retribuzione a tariffa dei ricoveri ospedalieri con individuazione "di fatto" dell'età fino a 18 anni, secondo il modello americano da cui derivano
<ul style="list-style-type: none"> Scuola di specializzazione in Pediatria (DM 11 maggio 1995; GU 167, 19 luglio 1995) Inclusione dell'Adolescentologia tra i 13 indirizzi della Pediatria 	<ul style="list-style-type: none"> SSN – Regolamento della disciplina concorsuale per il personale dirigente sanitario di I e II livello (DPR 10 dicembre 1997, n. 483 e 484) Inclusione dell'Adolescentologia nei servizi equipollenti della Pediatria ai fini della idoneità alle funzioni di direzione
<ul style="list-style-type: none"> Raggruppamenti concorsuali universitari (GU 9 ottobre 1994 e seg.) Inserimento dell'Adolescentologia solo nel raggruppamento F19A Pediatria Generale e Specialistica delle cure 	<ul style="list-style-type: none"> SSN – Pediatria di libera scelta (ACN 18 aprile 1996) Fascia di competenza della pediatria di famiglia 0-14 anni con estensione fino a 16 anni per i soggetti con necessità di continuità

- Il 35% sono **servizi sportello**, cioè servizi a fruizione libera, che offrono diverse prestazioni relative all'ascolto, all'orientamento, all'animazione del tempo libero (Centri di aggregazione giovanile, Informagiovani, consultorio giovani, linee telefoniche e siti internet per gli adolescenti).
- Il 17,5% riguarda l'**accoglienza diurna**, rivolta all'area di disagio e dello svantaggio sociale (Centri diurni di sostegno).

Infine su valori più bassi si attestano le comunità per la **presa in carico residenziale** (6,1%) e gli interventi di emergenza (Centri di pronta accoglienza), che toccano lo 0,4% del totale.

Se l'area animativo-educativa risulta sempre la più praticata, con percentuali che vanno dal 48 al 55%, le altre due aree conoscono oscillazioni significative: gli interventi socio-assistenziali sono particolarmente presenti nel Sud (37,8%) e soprattutto nelle Isole (43,8%), mentre hanno un peso minore nel Nord e nel Centro, con percentuali che variano dal 26 al 31,7%; un discorso inverso per i servizi informativo-educativi, più rilevanti al Nord e al Centro (16,8-19,5%) e più rari al Sud (14%) e nelle Isole (3,3%).

I CONSULTORI FAMILIARI

Con la legge 405 del 1975, sono stati istituiti in Italia i Consultori Familiari. Pur rivolgendosi a persone di tutte

le età, di fatto i consultori sono stati frequentati quasi esclusivamente da donne tra i 25 ed i 45/50 anni; i giovanissimi non frequentano i Consultori Familiari e spesso non ne conoscono l'esistenza.

Indagini svolte anche nella regione ER hanno rilevato che il 38,9% dei ragazzi intervistati non conosceva il consultorio e solo il 18,8% lo frequentava.

Gli ostacoli che gli adolescenti incontrano vanno dalla necessità di fissare appuntamenti, al timore di incontrare persone adulte che conoscono, alla preoccupazione che i genitori vengano a conoscenza della loro vita sessuale.

I CONSULTORI PER ADOLESCENTI

Sono nati così all'interno dei Consultori Familiari "Progetti Adolescenti" che si sono concretizzati nell'apertura di uno spazio esclusivamente rivolto a questa fascia di età.

Gli obiettivi principali di questo progetto sono la diffusione tra i ragazzi di informazioni contraccettive e sulle malattie a trasmissione sessuale.

Le prestazioni offerte dai consultori possono riguardare l'ambito medico specialistico e quello psico-sociale e le modalità di intervento vengono realizzate a 3 livelli:

- Consulenza: attività di informazione finalizzata ad uso corretto dei servizi.

- Trattamento: attività terapeutiche e di interventi finalizzati al recupero dell'equilibrio psico-sociale dell'adolescente.
- Prevenzione e orientamento: attività di informazione finalizzata ad evitare comportamenti dannosi per la salute psico-fisica.

“PROGETTO GIOVANI” REGIONE EMILIA ROMAGNA

Particolarmente importante è il programma di intervento Giovani e Consultorio avviato nel 1987 dalla Regione Emilia Romagna che prevedeva l'apertura in 14 USL della Regione di uno Spazio riservato esclusivamente agli adolescenti.

L'esigenza di attivare uno spazio specifico era sorta dalla constatazione della scarsa affluenza dei ragazzi ai servizi pubblici. Si evidenziavano quindi modalità organizzative non adeguate alle problematiche giovanili, a fronte tuttavia di un emergere di tali problematiche e di un dovere istituzionale di favorire la promozione della salute in questa fascia di età.

Sono stati così definiti questi servizi rivolti “alla normalità adolescenziale” e sono state individuate quali tematiche prioritarie, quelle relative alla sessualità, alla contraccezione e all'area affettivo-relazionale.

Elementi chiave del progetto “Giovani e consultorio” sono:

- La caratterizzazione in senso promozionale e relazionale del servizio
- La garanzia di interventi individuali e di gruppo fortemente personalizzati e flessibili
- Offerta di prestazioni sanitarie, psicologiche e sociali.

Obiettivi primari:

- Aumentare e facilitare la conoscenza e l'accesso al servizio
- Garantire interventi per rispondere a tutte le esigenze dei ragazzi nell'ambito delle tematiche consultoriali
- Qualificare l'impegno preventivo nell'ambito dell'educazione sanitaria attraverso progetti che coinvolgano genitori, scuola e aggregazioni giovanili.

Le ragazze sono le principali frequentatrici del consultorio, è molto bassa l'affluenza di adolescenti maschi: questo

può derivare dall'idea che lo Spazio Giovani, come consultorio familiare è un luogo per “il genere femminile”. I ragazzi, tuttavia, accedono in qualità di accompagnatori e spesso partecipano insieme alle ragazze ai colloqui informativi.

E' opportuno riflettere sul fatto che a tutt'oggi il servizio è frequentato prevalentemente da ragazzi scolarizzati; è importante quindi adeguare le strategie di pubblicizzazione del servizio per raggiungere le fasce di adolescenti più a rischio.

PIANI SANITARI NAZIONALI

I Piani Sanitari, dal 1994 in poi, hanno indicato gli obiettivi ed azioni da svolgere, in ambito Nazionale, a favore degli adolescenti. In particolare:

- Prevenire i comportamenti a rischio in età adolescenziale con riferimento alle lesioni accidentali gravi, alle autolesioni e alla dipendenza.
- Prevenire i casi di disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali, anche in riferimento ad abusi e maltrattamenti.
- Promuovere la procreazione cosciente e responsabile;
- Monitorare lo stato di salute dell'infanzia, della pre-adolescenza e dell'adolescenza nella dimensione fisica, psichica e sociale, anche avvalendosi dell'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia.
- Attuare interventi per la salute in età pre-adolescenziale e adolescenziale.
- Integrare i servizi materno-infantili con quelli socio-assistenziali ed educativi, anche tenendo conto di quanto previsto nel Piano Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza.

ASPETTI ASSISTENZIALI

A fronte di queste risorse si deve, tuttavia, riconoscere che nell'assistenza esistono diversi punti di debolezza e fragilità per quanto riguarda: l'integrazione fra ambiti ospedalieri e territoriali, gli aspetti organizzativi e la sovrapposizione degli interventi socio-sanitari.

Oltre l'85% degli adolescenti italiani con età maggiore a 14 anni, viene ricoverato in reparti per adulti. La situazione

ne a livello territoriale non è migliore: i circa 7.400 pediatri di famiglia assistono meno del 50% degli adolescenti di 11-14 anni e solo pochissimi oltre questa età.

LIVELLI ASSISTENZIALI E PROPOSTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLA ADOLESCENZA (SIMA)

Dal punto di vista assistenziale, tenendo conto della progressiva diminuzione del numero dei medici in generale e dei pediatri in particolare, è stato ipotizzato un modello organizzativo articolato in 2 livelli assistenziali:

- **Primo livello**, identificabile con i Medici delle Cure Primarie e i Servizi territoriali, ha compiti di educazione sanitaria, prevenzione, filtro e quando possibile trattamento delle condizioni più comuni della età adolescenziale sia in ambito individuale che collettivo, con particolare attenzione al mondo della scuola.

A livello delle cure primarie dovrebbe essere sviluppato un Progetto Salute Adolescente, analogo a quanto già attuato con il Progetto Salute Infanzia 0-6 anni dalla Pediatria di famiglia (già esteso in alcune regione all'età preadolescenziale), che preveda l'esecuzione di bilanci di salute dedicati ad età filtro, anche attraverso modalità di chiamata attiva. Tali bilanci avrebbero anche il compito di sostituire pregresse forme di intercettazione delle patologie adolescenziali oggi non più attive (es. visita di leva). Per svolgere queste funzioni, gli operatori coinvolti (pediatri di famiglia, medici di medicina generale, pediatria di comunità, infermieri pediatrici, etc.) dovranno possedere specifiche conoscenza e competenze di adolescentologia. In particolare, dovranno:

- Conoscere la variabilità dello sviluppo fisico, puberale, psico-sociale e saper rilevare eventuali patologie ad esse correlate.
- Conoscere le patologie che iniziano nell'età adolescenziale, con particolare riferimento alle problematiche andrologiche e ginecologiche.
- Possedere la capacità di riconoscere gli aspetti extra-medici dei problemi medici.
- Conoscere le problematiche connesse alla sessualità, procreazione responsabile, malattie sessualmente trasmesse ed al disagio psico-sociale.

- Saper sviluppare i temi della prevenzione, informazione, educazione alla salute, alla attività motoria, ai comportamenti e stili di vita nel campo delle abitudini alimentari, alla prevenzione del fumo di tabacco, della tossicodipendenza, dell'alcolismo e del doping.
- Saper valutare lo stato vaccinale.
- Conoscere le tecniche per l'approccio relazionale con l'adolescente.
- Conoscere gli aspetti normativi e medico-legali.

- **Secondo livello**: viene identificato in strutture multidisciplinari localizzate all'interno dell'Area Pediatrica, che dovranno attivare, oltre a servizi ambulatoriali e day hospital, un numero adeguato di posti letto per adolescenti in aree di degenza specifiche, programmate in base a dati epidemiologici regionali. Tali strutture dovranno essere dirette da un pediatra con riconosciuta competenza in medicina dell'adolescenza.

Il secondo livello ha anche compiti di produrre cultura e di collaborazione con le strutture di I livello che si occupano di adolescenti.

Devono essere istituite delle modalità programmate di passaggio assistenziale (transizione) tra i servizi pediatrici e i servizi dell'adulto.

Tra pediatra di famiglia e medico di medicina generale, vi dovranno essere dei protocolli, riconosciuti in ambito di contrattazione nazionale, che consentano al nuovo curante, oltre a prendere in cura l'individuo, anche l'acquisizione di informazioni certe non solo sul suo stato sanitario ma anche sugli aspetti di tipo sociale e relazionale più rilevanti. Il secondo livello assistenziale dovrà provvedere alla transizione degli adolescenti affetti da patologie croniche complesse che necessitano di essere presi in carico dai centri specialistici dell'adulto secondo percorsi accreditati anche sulla base di esperienze nazionali ed internazionali.

ASPETTI FORMATIVI

Dal punto di vista **formativo**, si deve individuare un core curriculum in adolescentologia il cui insegnamento dovrebbe essere assicurato a tutti gli studenti del Corso di Laurea Spe-

cialistica in Medicina e Chirurgia. Inoltre, i curricula della Scuola di Specializzazione in Pediatria e i programmi di Educazione Continua in Medicina dovranno assicurare l'acquisizione di competenze omogenee su tutto il territorio nazionale in questo settore, anche con il contributo delle Società Scientifiche, in particolare della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza, nella definizione dei programmi.

LA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLA ADOLESCENZA E LA RIVISTA ITALIANA DI MEDICINA DELLA ADOLESCENZA (RIMA)

A fronte di tutte queste problematiche, si deve comunque considerare che, in questi ultimi anni, sono stati ottenuti, grazie all'impegno congiunto della Società Italiana di Pediatria e della Società Italiana di Medicina della Adolescenza, alcuni importanti riconoscimenti che sottolineano il ruolo centrale del pediatra nella didattica e nell'assistenza in ambito adolescentologico. Questi riconoscimenti possono rappresentare la base di discussioni con le competenti autorità per il pieno riconoscimento della adolescentologia come parte integrante della pediatria.

La RIMA vuole essere un ulteriore segno concreto delle finalità della Società e, quindi, ha lo scopo di rappresentare un punto di incontro per tutti coloro che sono interessati all'adolescenza e che operano nell'ambito della ricerca, dei servizi, dell'insegnamento, della terapia, dell'educazione e del counselling.

In linea con questa politica editoriale la RIMA viene pubblicata tre volte all'anno e si occupa di problemi acuti, cronici e preventivi che si riferiscono alla cura ed al benessere degli adolescenti. Pertanto, la rivista si rivolge ai pediatri, internisti, medici di base, ginecologi, medici sportivi, psicologi, psichiatri, sociologi, nutrizionisti ed operatori sanitari.

L'impostazione della rivista è sostanzialmente la seguente:

1. Editoriale.
2. Articoli di aggiornamento (2-3 per numero) e lavori originali.

3. Presentazione di casi clinici e rubrica iconografica (2 per numero).
4. L'angolo dello specialista.
5. Note di laboratorio.
6. Front line: presentazione di esperienze sul campo, progetti, idee anche in ambito non medico (scuola, associazioni, volontariato, mondo dello sport, etc.).

E' previsto uno spazio per contributi scientifici, in lingua inglese, da parte di pediatri di altri Paesi. In particolare, MAGAM News (Mediterranean and Middle East Action Group for Adolescent Medicine) ed Emothal, che si occupa di patologie molto comuni nell'area del Mediterraneo (Talasemie ed Emoglobinopatie).

BIBLIOGRAFIA

- De Sanctis V. Assistenza all'adolescente. Strategie di intervento per migliorare la qualità: il ruolo dell'ospedale. *Minerva Pediatr* 2004; 56 (Suppl. 1 al n. 2): 20-4.
- OMS. Rapport technique n. 308. Les problèmes de santé de l'adolescence. Genève; 1965.
- Perletti L, Lispi L. L'organizzazione dell'assistenza per l'adolescente: l'ospedale. X Congresso Nazionale, Società Italiana di Medicina della Adolescenza. Cagliari: Scripta Manent; 2003. p. 11-7.
- Aicardi G, Benso L, Bergamo F, De Sanctis V et al. L'assistenza agli adolescenti: problemi medico-giuridici, bisogni, aree di intervento, ipotesi organizzative di strutture sul territorio. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 1983; 9: 221-8.
- Saggese G, Bertelloni S. Politiche sanitarie a favore degli adolescenti. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 2000; 26: 704-7.
- Marinello R. L'adolescente ed il pediatra di famiglia. *Doctor Pediatra* 1996; 6: 21-6.
- De Sanctis V, Bertelloni S, Marinello M, Pintor C, Raiola G. Medicina della Adolescenza. *Quaderni di Pediatria* 2006; 5: 57-8.
- Regoliosi L. I servizi per gli adolescenti in Italia. In: *Giovani possibili*. L. Regoliosi, P. Misesti, A. Terzi. La Meridiana 2006. p. 17.
- Salvini P, Petraroli M. I consultori per adolescenti: analisi a confronto nella realtà italiana. *Riv Ital Med Adol* 2006; 4 (Suppl. 1): 42-4.

Mesa Redonda II. Adolescencia: distintos países, distintas experiencias

Adolescencia en Latinoamérica¹

S. GUIJARRO

Servicio de adolescentes. Hospital Isidro Ayora. Quito, Ecuador

OPS enfatiza que la salud de adolescentes y de jóvenes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de los pueblos. Para instaurar políticas que definan las acciones que impulsen el desarrollo humano de este grupo, se debe partir de sus necesidades y demandas específicas con indicadores que visibilicen la realidad en cada contexto y permitan la toma de decisiones en favor de adolescentes y jóvenes.

Revisar los indicadores para analizar la situación de la adolescencia y juventud en Latinoamérica resulta una tarea que implica una gran dificultad debido a que no es fácil encontrar indicadores comparables en los diferentes países puesto que aun no se generaliza el uso de la clasificación de los diferentes grupos etáreos consensuada por OPS. En el Ecuador; por ejemplo, los datos disponibles agrupan de los 5 a los 15 años y de los 15 a los 35. Además se debe tomar en cuenta el subregistro o ausencia de datos de ciertos indicadores especialmente aquellos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Se constituye en un primer reto, el establecer indicadores claros para el monitoreo

y la evaluación en la Región, que faciliten la investigación sobre adolescencia y juventud y permitan el avance en el conocimiento sobre esta temática con la participación de universidades y centros de investigación y docencia que además puedan publicar y divulgar dichos estudios.

El documento elaborado por la CEPAL y la OIJ, en calidad de Primer Informe Iberoamericano sobre la Juventud, presenta un diagnóstico de la situación de la juventud en los países iberoamericanos, constituyéndose en el documento base para esta presentación.

DEMOGRAFÍA

Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (OMS, 1995), y más de la quinta parte de la población de los países latinoamericanos tienen entre 10 y 19 años con un promedio de 21,7% (PRB, 2000; OPS, 1998), mientras que el promedio en Norteamérica es del 13,7% (Burt, 1998).

La población juvenil aumentó del 37% en 1950 al 39% en la década de 1980 (incremento en la cantidad de jóvenes de 72 millones a 186 millones). El 80% de la población joven es urbana (2000).

¹Para la elaboración de este documento se tomó cuadros e indicadores de: La Juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias. CEPAL 2004 y Encuestas de Demografía y Salud (EDS).

Correspondencia: Dra. Susana Guijarro. Servicio de adolescentes. Hospital Isidro Ayora. Quito, Ecuador
Correo electrónico: smguijarro@puce.edu.ec

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

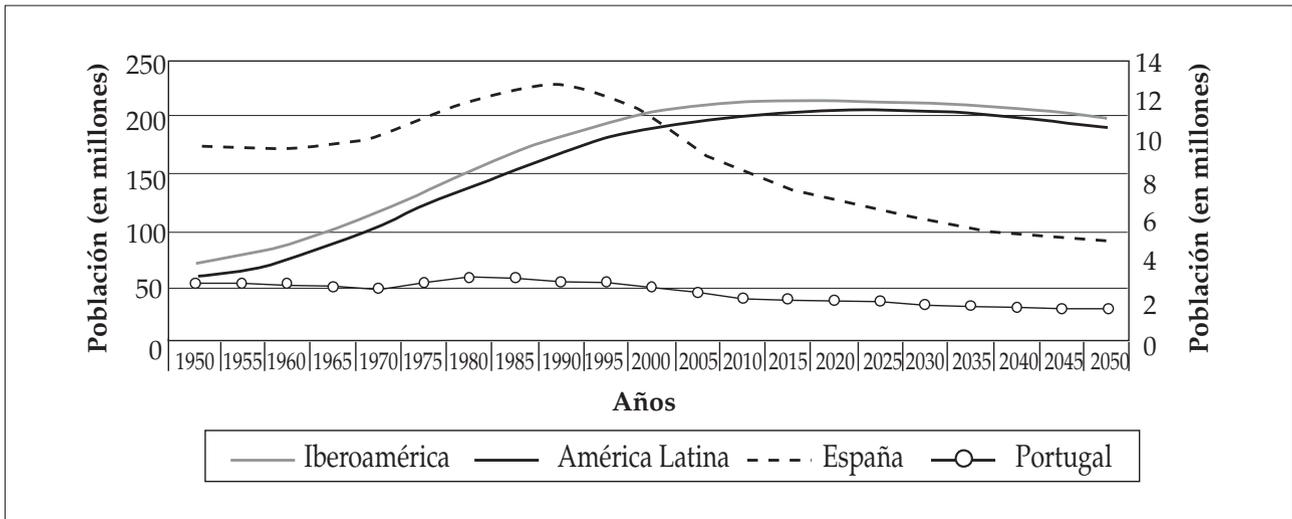


Figura 1. Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población de la CEPAL estimaciones y proyecciones vigentes: Naciones Unidas, World Population Prospects: The 200 Revision (ST/ESA/SER.A/198). Nueva York, 2001.

El porcentaje de los jóvenes respecto del total de la población, en América Latina es de alrededor del 40 % (decenio de 1980 y parte de 1990), mientras que en la Península Ibérica no es superior al 36%.

Este primer acercamiento, nos permite advertir la importancia demográfica de este grupo etareo comprendido entre los 10 y 19 años de edad (OPS) y sus implicaciones para la toma de decisiones en las políticas tanto locales como nacionales y regionales.

En la figura 1 se observa la tendencia de la población joven hasta el año 2050; se puede inferir con claridad que Latinoamérica es una región eminentemente joven, cuya tendencia es a crecer, mientras que en la península ibérica tiene altibajos. Esto se explica por los bajos índices de fecundidad en España y Portugal lo que no ha acontecido en los países latinos, excepto Cuba, a pesar de que la tendencia es a disminuir.

En general, la Región se encuentra actualmente en la segunda fase de transición demográfica, caracterizada por la atenuación del ritmo de incremento de la población joven y el descenso de su proporción dentro de la población total.

La CEPAL identificó etapas de transición demográfica. Según esta clasificación, en **transición avanzada** (con natalidad y mortalidad baja o moderada y bajo crecimiento), están Argentina, Chile, Cuba y Uruguay; en **plena transición** (con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que

determina un crecimiento natural moderado), están Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Venezuela; y en fase de **transición moderada incipiente** (con alta natalidad y mortalidad alta o moderada y crecimiento natural elevado), están Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay (CEPAL,2000). En España y Portugal, desde mediados del decenio pasado, la población joven está bajando. En América Latina se observa que la evolución de la población será creciente hasta alcanzar un punto de estabilización, sin que se verifiquen caídas agudas de su magnitud absoluta.

Mucho se ha hablado sobre los efectos positivos que esta reducción de la población juvenil tendría en descender las conductas de riesgo que tienden a ser más frecuentes entre los jóvenes, tales como la violencia, los accidentes y el consumo de drogas.

POBREZA

Latinoamérica, conocida como región "en desarrollo", se caracteriza por la inequidad, la desigualdad y la pobreza la cual varía desde un 18,7% en Chile a un 74,8% en Honduras. El porcentaje de indigencia varía entre el 4,1% en Uruguay y el 53,9% en Honduras (Fig. 2).

AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PORCENTAJE DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA E INDIGENCIA, 1998/1999 - 2003/2005									
		1998/1999		2000/2002			2003/2005		
País	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia
Argentina	1999	23,7	6,6	2002	45,4	20,9	2005	26,0	9,1
Bolivia	1999	60,6	36,4	2002	62,4	37,1	2004	63,9	34,7
Brasil	1999	37,5	12,9	2001	37,5	13,2	2005	36,3	10,6
Chile	1998	23,2	5,7	2000	20,2	5,6	2003	18,7	4,7
Colombia	1999	54,9	26,8	2002	51,1	24,6	2005	46,8	20,2
Costa Rica	1999	20,3	7,8	2002	20,3	8,2	2005	21,1	7,0
Ecuador a/	1999	63,5	31,3	2002	49,0	19,4	2005	45,2	17,1
El Salvador	1999	49,8	21,9	2001	48,9	22,1	2004	47,5	19,0
Guatemala	1998	61,1	31,6	2002	60,2	30,9	—	—	—
Honduras	1999	79,7	56,8	2002	77,3	54,4	2003	74,8	53,9
México	1998	46,9	18,5	2002	39,4	12,6	2005	35,5	11,7
Nicaragua	1998	69,9	44,6	2001	69,4	42,4	—	—	—
Panamá	1999 a)	25,7	8,1	2002	34,0	17,4	2005	33,0	15,7
Paraguay	1999	60,6	33,8	2001	61,0	33,2	2005	60,5	32,1
Perú	1999	48,6	22,4	2001 b)	54,8	24,4	2004 b)	51,1	18,9
Rep. Dominicana	2000	46,9	221,1	2002	44,9	20,3	2005	47,5	24,6
Uruguay a/	1999	9,4	1,8	2005	15,4	2,5	2005	18,8	4,1
Venezuela (R.B.)	1999	49,4	21,7	2002	48,6	22,2	2005	37,1	15,9

Figura 2. Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. a/ Área urbana. b/ Cifras del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) del Perú. Estos valores no son comparables con los de años anteriores debido al cambio del marco muestral de la encuesta de hogares.

La pobreza afecta de una manera directa a la población joven con un 41% de pobres y 15% de indigentes en el 2002 (Fig. 3), con un porcentaje mucho mayor en el área rural (55.6%) incrementada además, por la presencia de la población indígena que llega alrededor de 30 millones en la región y es eminentemente rural. América Latina es una región pluriétnica y pluricultural: en ella existen más de 650 pueblos indígenas de enorme diversidad. El común denominador es que la gran mayoría viven en situación de exclusión, marginalidad y pobreza. La pobreza es pues una realidad que marca grandes diferencias, más situaciones de inequidad, se mantienen los roles de género más tradicionales, mayores desigualdades entre varones y muje-

AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): INCIDENCIAS DE POBREZA E INDIGENCIA ALREDEDOR DE 1990 Y 2002			
	1990	200	Variación
Pobreza			
Jóvenes	43	14	-4,7
<i>Población total</i>	48	44	-8,3
Indigencia			
Jóvenes	17	15	-11,8
<i>Población total</i>	23	18	-21,7

Figura 3. Fuente: CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de hogares.

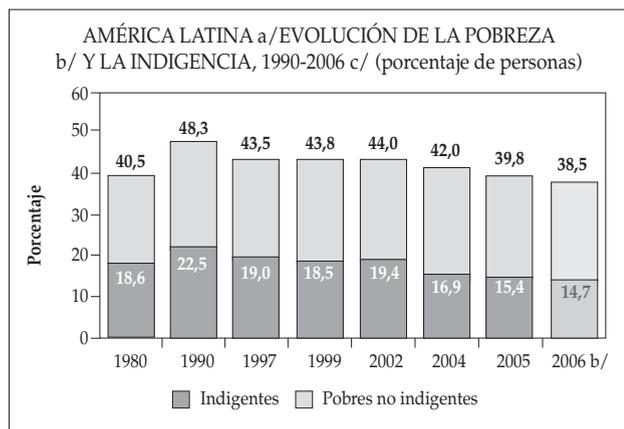


Figura 4. Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. a/ Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití. b/ Corresponde a la suma de indigentes más pobres no indigentes. c/ Las cifras para 2006 corresponden a una proyección.

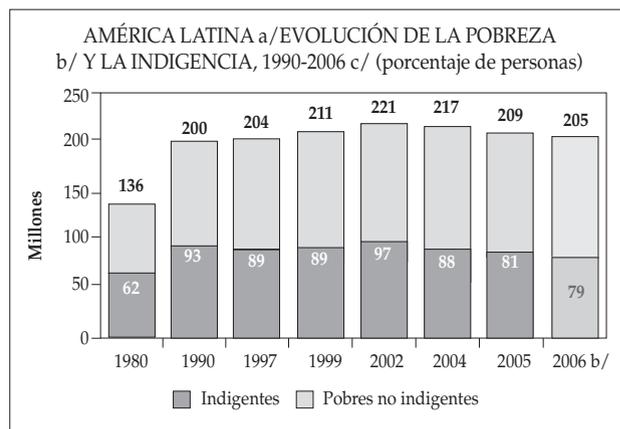


Figura 5. Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. a/ Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití. b/ Corresponde a la suma de indigentes más pobres no indigentes. c/ Las cifras para 2006 corresponden a una proyección.

res en el acceso a servicios y recursos. De hecho se encuentra mayor equidad de género y mejores condiciones de salud integral en los países desarrollados y en los sectores sociales que no se encuentran en situación de pobreza (Raguz, 2002).

En términos absolutos en el 2002 habían 7,6 millones de jóvenes más pobres que en 1990, y 800 mil pobres extremos más en el mismo lapso. En el caso español, del total de pobres severos existentes en dicho país en 1999, el 53% era menor de 25 años (niños y jóvenes). Para el conjunto de países de América Latina dicho grupo alcanza a alrededor del 60% de los pobres, si bien el método de medición difiere.

Las figuras 4 y 5 muestran que luego de un estancamiento en el período 1997-2002, en el 2005 hubo una notable reducción del porcentaje de personas pobres e indigentes con respecto al 2002, que se prevé continúe durante el 2007. El porcentaje de personas pobres ha logrado situarse por primera vez bajo los niveles de 1980. Este porcentaje disminuye, pero el volumen de la población continúa siendo muy alto. Uno de los factores que contribuyó a la reducción de la pobreza es la reducción de las tasas de desempleo lo cual puede estar enmascarado por la migración creciente en nuestros países, especialmente de jóvenes y de mujeres.

MIGRACIÓN

La migración internacional de jóvenes, en varios países latinoamericanos, se convierte en un objetivo, en un proyecto de vida, por la dificultad para la inserción escolar y, más aun, para la inserción laboral, convirtiéndose en una paradoja debido a que, con la migración se acentúa la dificultad para insertarse laboralmente con respaldo legal y reconocimiento económico adecuado justamente por la falta de un buen nivel educativo y de documentos legalizados en los países receptores. La migración, especialmente a España como país receptor, es cada vez más fuerte dada la relativa facilidad para el acceso en comparación con las barreras para el ingreso y la permanencia en Norteamérica, destino anterior de la migración latina.

Las causas de la migración juvenil son las siguientes:

- La migración laboral, que es la que predomina ampliamente entre los adultos y jóvenes de edades mayores, cuyo objetivo es la obtención de trabajo o de mejores condiciones laborales (ingresos, prestaciones, perspectivas de carrera, y otros);
- La migración educativa, que obedece a requerimientos escolares y tiene dos cimas relacionadas con el ingreso a la educación secundaria y superior;

- La migración nupcial, derivada de la formación de pareja;
- La migración emancipatoria, que se relaciona con la salida del hogar paterno y la constitución de uno propio; y
- La migración familiar, que puede subdividirse entre aquella de "arrastré", que acontece cuando la familia se traslada, más frecuente entre púberes y adolescentes, y aquella de reencuentro familiar. La laboral y la educativa son las preponderantes entre los 15 y los 29 años, edades en las que se registran las mayores probabilidades de migrar (J. Rodríguez, 2004).

Al analizar la probabilidad de haber sido migrante, se ve claramente la U invertida que ratifica que, entre los 15 y 29 años, se registra la mayor probabilidad de migrar (Fig. 6).

EDUCACIÓN

Ha crecido el número de matriculados en educación primaria tanto varones como mujeres, mientras que el porcentaje de jóvenes que acceden a la educación secundaria es mucho menor que a la primaria, con un mayor porcentaje de mujeres y una notable diferencia en cuanto a área geográfica (Fig. 7). En el Ecuador, a los 17 años, apenas la tercera parte del número que inició los estudios permanecía matriculado. Menos de la mitad de las mujeres de 15 a 24 años estudian actualmente (42,5%). La asistencia escolar entre mujeres de 15 a 19 años es mayor que en las de 20 a 24 años (57,3% contra 24,7%, respectivamente). Se observa que el 12,9 por ciento ha alcanzado el nivel superior, y el 71,1 por ciento tiene una educación mayor que la primaria. Se observa que el 1,0 por ciento reportó ninguna educación formal (Cepar, 2004).

Hay brechas importantes entre calidad y logros en educación privada versus pública, así como según niveles socioeconómicos y localización espacial. Hay una fuerte asociación entre nivel de ingresos de los hogares y logro educativo.

Definitivamente, las nuevas generaciones tienen un mayor nivel educativo que las anteriores, lo cual influye en las relaciones entre padres e hijos, entre adultos y jóvenes. Si bien la generación actual, varones y mujeres por igual, alcanza una mayor escolaridad que sus padres, las oportu-

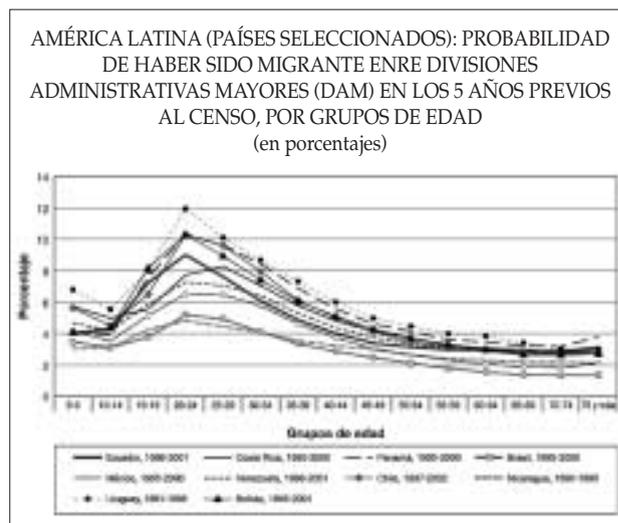


Figura 6. Fuente: Jorge Rodríguez V. Migración Interna en América Latina y el Caribe: estudio regional del período 1980-2000, serie Población y desarrollo, n° 50 (LC/L2059-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004. Publicación de las Naciones Unidas n° de venta: S.04.II.G.3.

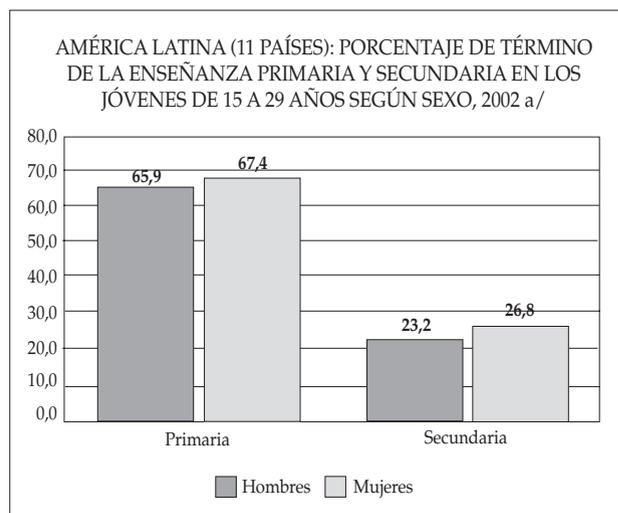


Figura 7. Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. a/Promedio simple.

idades para educarse siguen siendo limitadas para muchos.

La educación superior, en la última década aumentó del 4,4% de los jóvenes de 25 a 29 años a un 6,5% en América Latina (Fig. 8).

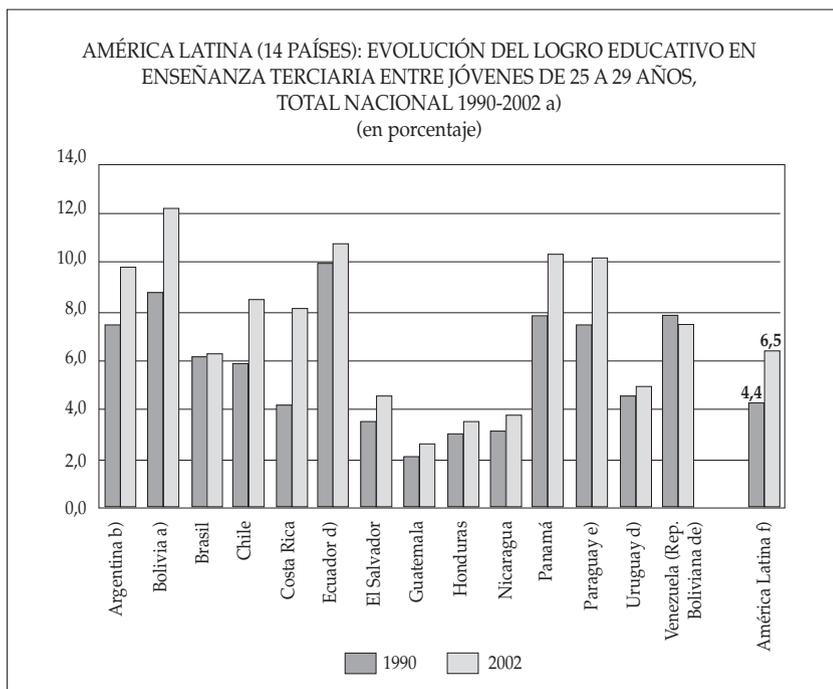


Figura 8. Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. a) Población que completó un ciclo educativo superior de cinco años, con excepción de Brasil, para los cuales se consideraron cuatro años. b) Gran Buenos Aires. c) Ocho ciudades principales y El Alto. d) Total urbano. e) Asunción y Departamento Central. f) Promedio simple de 11 países.

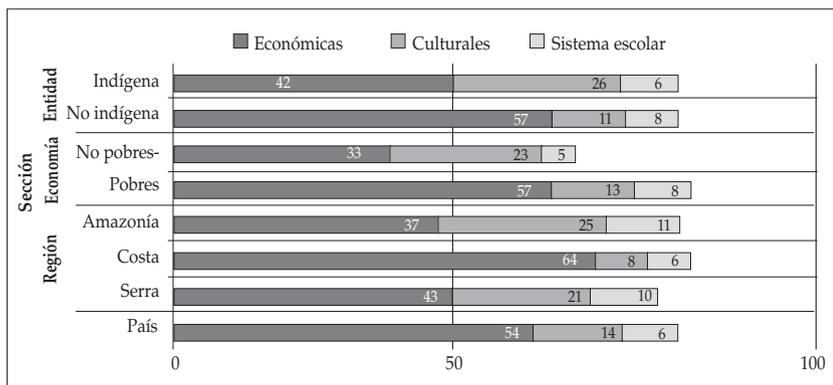


Figura 9. % de niños y niñas de 6 a 11 años que no estudian, 2004. Las razones económicas incluyen: falta de recursos económicos, trabajo, ayuda en quehaceres del hogar; las culturales, edad, terminó los estudios, familia no le permite, no está interesado y las relacionadas con el sistema escolar, el fracaso escolar, temor a los maestros, no hay planteles educativos. Fuente: INEC, SIEH. Elaboración: OSE

Se visibilizan una gran cantidad de problemas en la educación ante el desafío de formar a jóvenes para el empleo productivo, la ciudadanía activa y la participación; los problemas de repetición, deserción, bajos niveles de aprendizaje efectivo, desigualdad de oportunidades y logros educacionales, afectan a los jóvenes latinoamericanos.

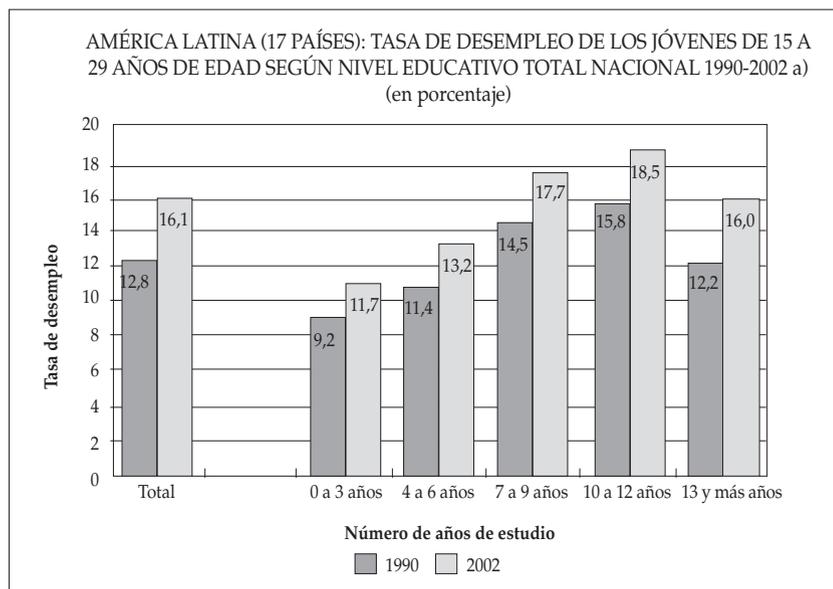
En el Ecuador (Fig. 9), la razón principal para no estudiar es la situación económica del hogar seguida de razones culturales, como la concepción que tienen los padres sobre la edad adecuada para estudiar, la duración de los

estudios o la valoración misma de la educación así como las deficiencias del sistema educativo.

La mitad de quienes no asistían lo explican por falta de recursos para afrontar los gastos de escolarización o la necesidad de trabajar.

DESEMPLEO

Los jóvenes de 15 a 19 años de edad representan entre un 40 y 50% de la población económicamente activa en

**Figura 10.**

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
a) Promedio simple de 15 y 10 países, en las zonas urbanas y rurales, respectivamente.

América Latina; la tasa de desempleo de los jóvenes duplica ampliamente a la de los adultos (15,7% comparado con 6,7% a inicios de la presente década), y la brecha entre jóvenes y adultos es parecida para hombres y mujeres.

La curva típica del desempleo para diferentes grupos educativos es la “U invertida”; los grupos que presentan los niveles más bajos y los niveles más altos de educación tienen menores tasas de desempleo que aquellos con niveles intermedios de educación (Fig. 10).

Para el grupo de 17 países con datos comparables respecto del período reciente, el desempleo aumentó de 12,8% a 16,1% en los jóvenes, y de 4,8 a 7,0% en los adultos, con lo que la tasa de los jóvenes superaba a la de los adultos en 170% a inicios de los años noventa, y en 130% diez años después.

Las tasas de desempleo en jóvenes varían entre 36 y 66% en Latinoamérica, siendo mayores en mujeres, en pobres y en los grupos con menor nivel de educación. En el grupo de adolescentes de 15 a 19, el 47,2 % tienen como actividad principal solamente estudiar porcentaje muy bajo que demuestra la inequidad en las oportunidades (Fig. 11).

Se estima que existen aproximadamente 10 millones de niños y niñas menores de 14 años de edad que trabajan ilegalmente sin ninguna clase de beneficios, sin respaldo legal y bajo condiciones de trabajo inadecuadas. Esto es debido a que los jóvenes con menores niveles educativos generalmente no disponen de muchas alternativas laborales y, por lo tanto,

sus expectativas también están limitadas a ocupaciones de baja productividad y bajos ingresos dada la premura respecto a sus necesidades de generar ingresos para la familia. En el otro extremo, la mejor educación facilita el acceso al empleo. Este mejor nivel educativo general intensifica la competencia por los puestos de trabajo disponibles.

Se concluye que dentro de la población joven se produce una paradoja entre mayor nivel educacional y menor acceso a empleo que los adultos. Esto se observa tanto respecto del nivel de desempleo como de la retribución salarial. Además, las mujeres jóvenes, tienen más educación que los hombres jóvenes, pero menos acceso al empleo y en peores condiciones.

MORBIMORTALIDAD

La mortalidad entre los jóvenes de Iberoamérica ha descendido en los últimos 50 años, comparada con la mortalidad general. Mucho depende del avance de la ciencia médica, de la ampliación de la cobertura de servicios básicos y sanitarios, y de la capacidad individual para prevenir y enfrentar las enfermedades. Comparada con la mortalidad de otros grupos de edades, la de los jóvenes es relativamente baja, lo que puede llevar a fortalecer la creencia generalizada de que adolescentes y jóvenes no necesitan atención

AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): ACTIVIDAD PRINCIPAL DE JÓVENES DE 15 A 29 AÑOS (en porcentaje)					
Edad	Actividad				Total
	Trabaja y estudia	Solo trabaja	Solo estudia	Ni trabaja ni estudia	
15 a 19 años	14,3	20,3	47,2	18,2	3,8
20 a 24 años	10,6	48,1	14,6	26,8	33,8
25 a 29 años	6,3	63,1	3,7	27,0	28,4
Total 15-29 años	10,8	41,8	23,8	23,6	100,0

Figura 11. Fuente: CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de las encuestas de hogares, alrededor de 2002.

IBEROAMÉRICA (15 PAÍSES): TASA GLOBALES DE MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD Y SEXO (Estimada por cada 100 mil habitantes)									
País	Población juvenil de 15 a 24 años			Población adulta de 25 a 44 años			Población adulta de 25 años y más		
	Ambos sexos	Masculino	Femenino	Ambos sexos	Masculino	Femenino	Ambos sexos	Masculino	Femenino
América latina y el Caribe	134	196	68	259	365	259	977	1.135	630
España	49,3	72,9	24,5	—	—	—	—	—	—

Figura 12. Fuente: CEPAL, sobre la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estadísticas de Salud de las Américas. Edición 2003.

médica diferenciada pues no se toma en cuenta los riesgos y la incidencia de los estilos de vida juveniles en la calidad de vida durante la adultez.

La tasa de mortalidad para los jóvenes latinoamericanos, calculada en 134 por cada 100 mil, alcanza en promedio a poco más de la mitad de la de los adultos de 25 a 44 años, que es el grupo de edad consecutivo con mayor actividad laboral. Esto refleja una alta exposición de los jóvenes a enfermedades y situaciones de riesgo mortal. Al compararse con la tasa de mortalidad de los jóvenes españoles, de 49 por cada 100 mil, el promedio latinoamericano casi lo triplica, y ningún país de la región, considerado individualmente, se parece siquiera a esa tasa (Fig. 12).

Las causas de morbilidad o mortalidad juvenil que deberían estar dentro de los programas de prevención y promoción de la salud, como las lesiones por imprudencia, vio-

lencia accidental o intencional, las enfermedades de transmisión sexual, problemas derivados del embarazo precoz, no son consideradas como tema permanente de la política de salud hacia la juventud.

Las causas externas son la primera causa de muerte, por importancia numérica y proyectiva, entre los jóvenes de ambos sexos en la región, aunque con mayor importancia relativa para los varones ya que, la mayoría de fallecimientos masculinos, son atribuibles a causas violentas. En tanto, entre las mujeres, 38 de cada 100 defunciones son resultado de estas causas violentas, y 62, por causas mórbidas, si bien no se detecta un perfil único en la región en causas prevalentes de mortalidad (Fig. 13).

Debido a que las causas externas no corresponden a una morfología reconocida como problema de salud, no son consideradas en el ámbito de la política preventiva de salud hacia

IBEROAMÉRICA (15 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD SEGÚN SEXO ENTRE JÓVENES (en porcentajes para cada tipo de causa de mortalidad)										
País	Sexo	Enfermedades transmisibles			Enfermedades genético degenerativas		Causas externas			
		Todas las causas	Todas las transmitibles	VIH/SIDA	Tumores	Sistema Circulatorio	Todas las causas externas	Accidentes Vehiculares	Homicidios	Suicidios
América Latina y el Caribe	Fem.	25,3	41,7	34,5	40,8	44,5	14,3	20,5	8,1	29,9
	Masc.	74,7	58,3	66,1	59,1	55,4	85,7	79,5	91,9	70,1
España	Fem.	24,2	36,9		39,9	25,2	18,2	19,4	24,1	17,1
	Masc.	75,8	63,1		60,1	74,8	81,8	80,6	75,9	82,9

Figura 13. Fuente: CEPAL, sobre la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estadísticas de Salud de las Américas. Edición 2003.

la juventud, de manera que los jóvenes no encuentran una respuesta institucional en relación con sus riesgos específicos.

En Latinoamérica, el 25% de la población en general no accede a los servicios de salud (OPS, 1998; 1999) y una de las poblaciones que menos accede a los servicios es la de adolescentes. Mucho tiene que ver la falta de servicios diferenciados para atender a adolescentes.

Podemos decir que nuestros jóvenes están mejor provistos de salud pero menos reconocidos y atendidos en su morbilidad específica. Sus necesidades de salud no están siendo cubiertas.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Fecundidad

La edad a la primera relación sexual es un factor determinante de la fecundidad de los individuos, en el sentido de que a medida en que se retrasa el inicio de las relaciones sexuales, se reduce el tiempo de vida reproductiva y el riesgo de tener un embarazo no deseado, embarazos de alto riesgo, abortos en condiciones riesgosas, hijos de madres solteras, ITS/VIH/SIDA, y aún de mortalidad materna.

Adolescentes y jóvenes iberoamericanos inician relaciones sexuales cada vez en mayor número y cada vez a menor edad. Un 50% de las mujeres han tenido relaciones sexuales antes de los 20 años. En un estudio realizado en adolescentes escolarizados de nueve países de El Caribe,

un tercio dijeron haber tenido relaciones sexuales y, de ellas, el 50% habían sido bajo coerción.

La proporción de mujeres de la región que han tenido por lo menos una relación sexual antes de los 20 años varía entre 42 y 63% (OPS-FNUAP, 1998). En el Ecuador, el 8,0 por ciento de mujeres de 15 a 24 años ha tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, y esta cifra se va acumulando a 30,0 por ciento antes de los 18 años y llega a 46,2 por ciento antes de cumplir 25 años. La edad a la primera relación sexual decrece a medida que aumentan los años de educación; cuando es más bajo el nivel económico, las mujeres inician sus relaciones sexuales a más temprana edad (Cepar, 2004). En Perú, la proporción es similar, alcanza al 42% de adolescentes y jóvenes. Del total de mujeres de 20 a 49 años que señalaron haberse iniciado sexualmente, el 57,2% reportó que tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 20 años (INEI, 2001). En Bolivia, 91% de las mujeres de zonas rurales se iniciaron sexualmente antes de los 18 años. En las zonas urbanas, el porcentaje alcanza el 84%. En Venezuela, la proporción de mujeres de 15 a 24 años iniciadas sexualmente corresponde a los dos tercios (60%) (ENJUVE, 1995 citado por Moya, 2001).

La experiencia sexual y la edad de la primera relación sexual contrasta en los diferentes países como se puede observar en la figura 14.

La edad mediana indica que la mitad de las mujeres entrevistadas de 15 a 24 años, tuvo la primera relación antes de esa edad y la otra mitad después de esa edad. En el Ecuador, para el área rural la edad mediana es menor que la urbana con casi un año de diferencia (18,7 años contra 19,3 años,

IBEROAMÉRICA (6 PAÍSES): RELACIONES SEXUALES EN LOS JÓVENES IBEROAMERICANOS (en porcentaje)					
Chile	Colombia	Guatemala	España	México	Portugal
<i>Experiencia sexual</i>					
73,8	59,0	41,7	67,0	54,0	60,3
<i>Edad de la primera relación sexual</i>					
16 años 4 meses	14 años 4 meses	...	17 años 10 meses	17 años 1 mes	16 años 5 meses
<i>Relaciones sexuales antes de los 15</i>					
13,7	6,5	9,0	...

Figura 14. Elaboración propia sobre la base de encuestas de cada país. Base: total de jóvenes que habían tenido relaciones sexuales.

respectivamente). Es evidente que entre las mujeres con mayor educación es más tardío el evento de experimentar la primera relación sexual a más temprana edad. (Fig. 15).

Hay que destacar que los jóvenes tienen en promedio menos hijos que antes, pero del total de niños que nacen, un porcentaje mayor tienen padres jóvenes. Esto se explica por que la fecundidad a edades adultas cayó más abruptamente que la de edades jóvenes. De allí las simultaneidad de menor fecundidad juvenil y mayor concentración de la reproducción en la juventud. En los últimos 15 años la fecundidad total y la juvenil han seguido disminuyendo, con excepción de la fecundidad adolescente, que ha aumentado (Fig. 16).

En al Ecuador, el 16.2 por ciento de la mujeres de 15 a 19 años tiene al menos un hijo, esta cifra sube al 56.5 entre las de 20 a 24 años de edad.

La persistencia de la fecundidad temprana sigue limitando los procesos formativos y de autonomía de las mujeres jóvenes.

En América Latina y el Caribe, la tercera parte de las adolescentes menores de 20 años ya han dado a luz un hijo (Burt, 1998). En Perú, 13% de adolescentes mujeres de 15 a 19 años ya son madres, encontrándose una relación inversa con respecto al nivel de instrucción (INEI, 2001). El 24% de muertes maternas están relacionadas con situaciones de abortos inseguros en Latinoamérica (OMS, 1997).

Se ha demostrado que adolescentes de bajos recursos tienen más riesgo de embarazo (80% en área urbana y 70%

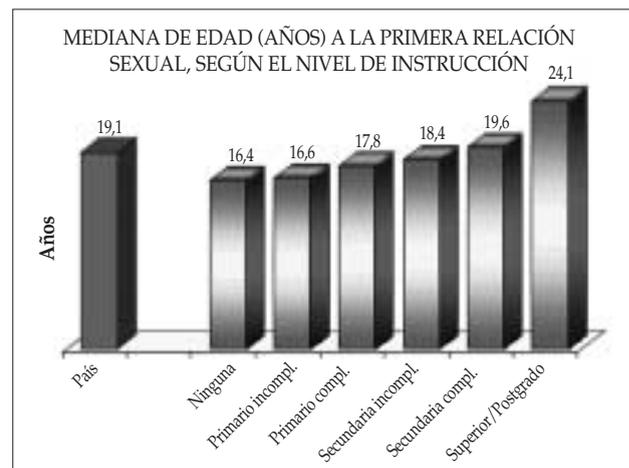


Figura 15. Fuente: CEPAR. encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Endemain. Ecuador 2004.

en área rural), cerca de un tercio de las mujeres entre 20 y 24 años de edad en 10 países de LAC ha tenido un hijo antes de los 20 años.

En 1999, 35% de los partos atendidos por los servicios del Ministerio de Salud de El Salvador fueron de adolescentes

Resulta entonces, que la reproducción temprana no solo es causa, sino también consecuencia de la exclusión.

Inversamente, la postergación de la maternidad y paternidad es una de las consecuencias de las buenas opciones educacionales y laborales al igual que el conocer y evitar el riesgo de ITS.

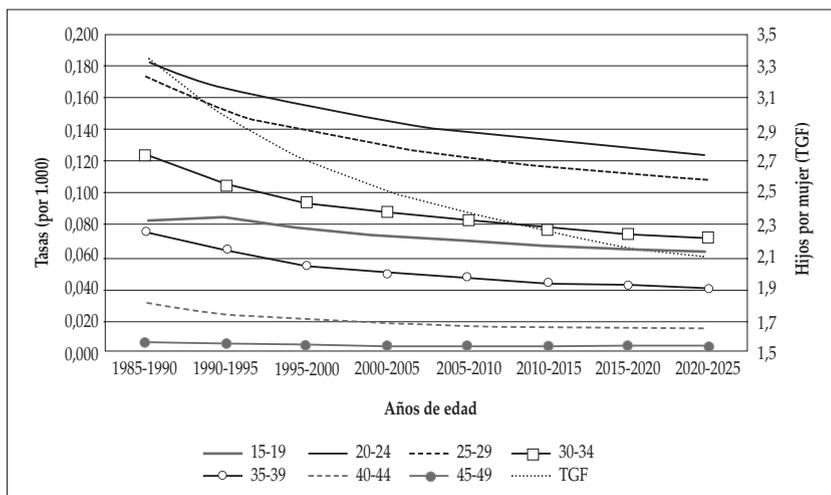


Figura 16. América Latina. Estimaciones y proyecciones de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad y de la tasa global de fecundidad (TGF), 1985-2025.

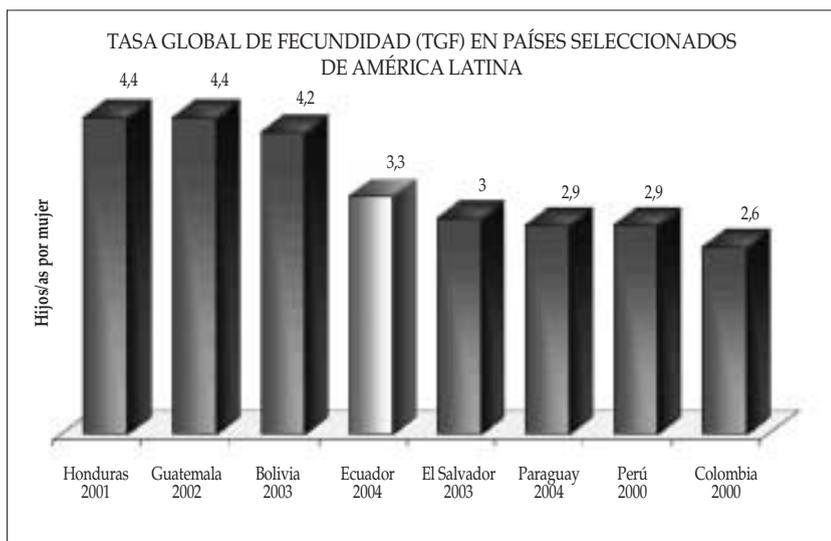


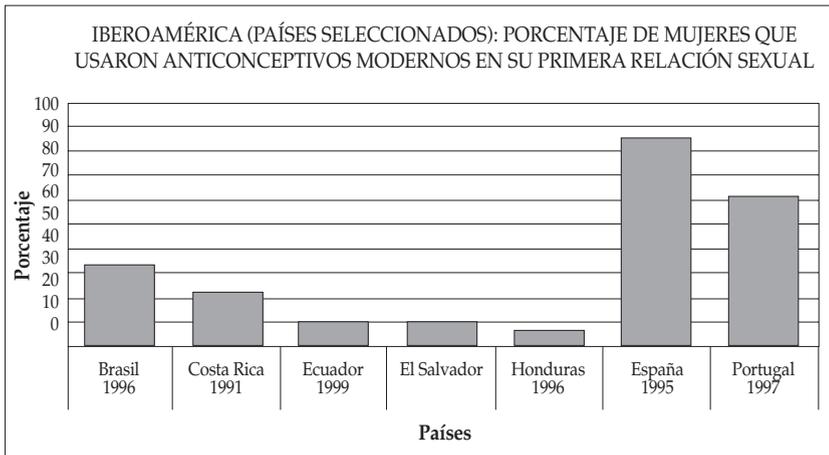
Figura 17. Fuente: *Cepar*: encuesta demográfica y de salud materna infantil. *Endemain*. Ecuador 2004.

Comparando la TGF estimada por la ENDEMAIN-2004 para el Ecuador, con las respectivas tasas de fecundidad disponibles de otros países de América Latina (Fig. 17), la tasa de Ecuador se ubica en el segundo lugar entre las más altas para América del Sur. Sólo Bolivia, con una TGF de 4.2 es más elevada, mientras Colombia, Perú y Paraguay registran valores menores (2,6, 2,9 y 2,9, respectivamente). La tasa para adolescentes entre 15 y 19 años de edad, de 100 nacimientos anuales por mil mujeres, es la más alta en la región.

Anticoncepción

La mayor parte de jóvenes conoce los métodos anticonceptivos pero el uso de ellos durante la primera rela-

ción sexual en mujeres menores de 18 años de edad es bajo (23% en El Salvador y 10% en Guatemala, Paraguay y Panamá). Las causas son múltiples, mucho tiene que ver las características propias de la adolescencia como la dificultad para prever y el “pensamiento mágico” (“a mi no me ha de pasar nada”), reforzado por los mensajes transmitidos a través de los medios de comunicación que parecerían confirmar dicha percepción. En muchos de nuestros países, y en el Ecuador particularmente continúa la discusión sobre la pertinencia de la educación sexual impulsada por grupos radicales de extrema derecha los cuales lograron en el último año la prohibición de la comercialización de la PAE.

**Figura 18.**

Fuente: Encuestas FFS de España (p. 87); para los países latinoamericanos: Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y CDC (1999). Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil: 1998; ENSMI-98. Informe final, página 72, cuadro 7.13a: En España corresponde al grupo de 18 y 19 años, en Portugal al de 20 y 24 años y en los países latinoamericanos al grupo 15-24 años.

A pesar de que ha mejorado el acceso a anticonceptivos, continúa siendo muy bajo el porcentaje de adolescentes que los usan

La figura 18 sobre el porcentaje de mujeres iberoamericanas que usaron anticoncepción en su primera relación es muy demostrativo de las diferencias entre los países latinos al comparar con España y Portugal

ITS y VIH

El 15% de adolescentes de 15 a 19 años de edad tienen ITS y el 50% de casos nuevos de VIH ocurren en jóvenes de 15 a 24 años.

La incidencia del VIH- SIDA en la mortalidad de los jóvenes (2,9 por cada 100 mil), aunque inferior a la de los adultos de 25 a 44 años (16,9 por cada 100 mil), no deja de ser alarmante, pues son jóvenes que se inician a la vida sexual y reproductiva.

Aproximadamente 1,7 millones de personas en América Latina están infectadas por VIH. Según ONUSIDA (2002) un tercio de todas las infecciones por VIH ocurren en personas de 10 a 24 años y 90% de las infecciones se produce en países en desarrollo. Perú y Venezuela tienen el mayor porcentaje de población afectada

El país con menor proporción de infectados es Bolivia (NU, 2001). Casi la mitad de las personas que tienen SIDA adquirieron el VIH cuando eran adolescentes o jóvenes, esto es, cuando tenían entre 15 y 24 años. La tendencia en la región andina es que el VIH afecte cada vez más a la población pobre, a mujeres y a jóvenes. En Nicaragua, Brasil y Perú, del 27 al 33% de las mujeres adolescentes y del 15 al 26% de hombres

no conocen ningún método para protegerse del VIH. En Haití, 63% de las mujeres de 15 a 19 años de edad sexualmente activas piensa que no tiene ningún riesgo de contraer el VIH

Adolescentes y jóvenes no tienen incorporada la necesidad de protegerse de las infecciones de transmisión sexual (ITS) ni del VIH. Más de la mitad de los y las adolescentes que han tenido relaciones sexuales sin protección declaran no tener temor de adquirir una de estas infecciones. Mientras que los y las adolescentes y jóvenes que usan condón declaran que, más de la mitad de las veces, lo hacen para evitar un embarazo no planificado, y no para protegerse de las ITS y VIH.

SERVICIOS DE SALUD

Con este panorama, se evidencia la necesidad de trabajar con adolescentes y jóvenes especialmente en educación y salud con énfasis en salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, el acceso a servicios y programas adecuados para adolescentes y jóvenes es limitado. Empezando por que existen muy pocos servicios que brinden atención diferenciada e integral a adolescentes. Se han detectado actitudes rígidas de los y las proveedores/as de salud, sumado a esto el poco o ningún dinero con que cuentan los jóvenes para pagar por un servicio o por un medio de transporte.

Existen pues barreras geográficas, económicas, culturales y legales que dificultan el acceso de adolescentes a información o servicios generales, más aún de salud sexual y reproductiva.

Los servicios de salud son un componente importante del entorno de adolescentes y jóvenes. Esto se confirma en una encuesta realizada en el Perú (Quintana, A., Hidalgo, C. y Dourojeanni, D., 2003) en la que adolescentes y jóvenes encuestados señalaron que el centro de salud es el principal canal a través del cual les gustaría recibir apoyo y atención referida a las situaciones vitales asociadas a su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, esto requeriría que el servicio de salud pueda responder realmente a sus necesidades y expectativas con el compromiso como personas que trabajamos para la salud (no para la enfermedad), de impulsar el rol de los servicios de salud en la promoción de entornos saludables para adolescentes y jóvenes (OPS) con la premisa de que la salud está ligada al desarrollo y de que preocuparse y trabajar por la salud de los y las adolescentes y jóvenes equivale a preocuparse por su desarrollo.

ROL DEL ESTADO

En la mayoría de países, el estado se ha desentendido de su rol como responsable del cuidado y desarrollo de la población y como vigilante de que la relación entre los ciudadanos sea más equitativa para su bienestar; qué decir de adolescentes, han permanecido invisibilizados y sin la posibilidad de acceso para satisfacer sus demandas.

El estado es el responsable de desarrollar una política social que propicie el equilibrio entre la sociedad y las fuerzas del mercado para facilitar el acceso de quienes más necesitan los servicios básicos con el enfoque de equidad, eficiencia, y justicia social con el objetivo supremo de impulsar el desarrollo humano.

PERSPECTIVAS

La buena noticia es que hay un cambio en la tendencia negativa de crecimiento económico que ha caracterizado a América Latina y el Caribe. Hay un crecimiento positivo y significativo en los últimos tres años. Ningún país tuvo crecimiento negativo. Los mejores resultados son: Venezuela 9%, Argentina 8,6%, Uruguay 6%, Chile 6%, Perú 6% y Panamá 6% con un crecimiento promedio de 4,3 % según los datos de la CEPAL.

Los indicadores del 2005 son esperanzadores: hubo un crecimiento económico por tercer año consecutivo (media 4,3%), el desempleo bajó 1%, el costo de la vida mantuvo una tendencia a desacelerar, y la pobreza se redujo en 13 millones de personas

Sin embargo, no se ha logrado llegar a los porcentajes que teníamos en la década del setenta, es decir antes del posicionamiento de las políticas neoliberales que incidieron en Latinoamérica deteriorando su calidad de vida.

El empleo es de baja calidad, con una alta informalidad (48%), la pobreza sigue alta (40,6%), la indigencia sigue muy alta (16%), la desigualdad social se mantiene y aún aumenta.

En cuanto al gasto en salud, el único país que tiene un 100% de gasto público es Cuba mientras que hay un alto porcentaje de gasto de bolsillo en la mayoría de países.

POLÍTICAS PÚBLICAS

Es prioritaria la formulación de políticas públicas de juventud en la región tomando en cuenta las siguientes áreas propuestas por la CEPAL:

- Reconocimiento de derechos e igualdad ante la ley.
- Acceso equitativo a los recursos de la sociedad e igualdad de oportunidades.
- Acceso a una calidad de vida estimada adecuada.
- Recursos para el logro de la autonomía y emancipación
- Participación en los procesos democráticos y en el ejercicio de ciudadanía.

Sin embargo, a menudo, las necesidades y los derechos de adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada.

El Plan de Acción sobre Salud y Desarrollo del Adolescente en las Américas aprobado por el XXXVI Consejo Directivo OPS 1992, en la Resolución CD36.R18 indica:

1. Desarrollen iniciativas nacionales para la salud de la adolescencia
2. Creen y estrechen los vínculos de colaboración entre las entidades responsables de la salud del adolescente en sus países.
3. Establezcan y fortalezcan los vínculos de colaboración con las organizaciones no gubernamentales, universidades y centros de investigación

4. Promuevan la participación activa de adolescentes en las actividades de promoción de la salud en diversos entornos
5. Establezcan y fortalezcan la colaboración entre los ministerios de salud y de educación

En el XL Consejo Directivo OPS (Septiembre 1997) se aprobó la resolución CD40.R16 que insta a los Estados Miembros a promover la inclusión del tema de adolescencia y juventud en la agenda política y pública, con miras a mejorar la capacidad de los países para satisfacer las necesidades de los adolescentes mediante la formulación de políticas apropiadas y el fomento de la colaboración intersectorial entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, universidades y medios de comunicación, con amplia participación juvenil y una perspectiva de género.

Del análisis efectuado se puede inferir que las Políticas de Juventud deberían convertirse en el instrumento clave que definan las acciones para impulsar el desarrollo de la juventud como base para el desarrollo de cada país.

Nuestro compromiso es impulsar el desarrollo humano de adolescentes y jóvenes para garantizar una sociedad "sana", equitativa, solidaria.....

Nuestro reto: cumplir el rol de los servicios de salud en la promoción de entornos saludables para adolescentes y jóvenes (OPS):

- Mecanismos innovadores con **participación** comunitaria.
- **Servicios integrales:** atención y actividades de prevención y promoción de la salud.
- Favorecer el **acceso a información y orientación** en los diversos espacios en los que se desenvuelven (con énfasis en salud sexual y reproductiva).
- **Promoción de estilos de vida saludables** (implica generar cambios en las normas socioculturales).
- Tomar en cuenta el **contexto y las particularidades**.
- Oportunidad de estructurar y alcanzar su **proyecto de vida**.

BIBLIOGRAFÍA

- Bourdieu, Pierre. La 'juventud' no es más que una palabra. Sociología y cultura. México D.F.: Editorial Grijalbo; 1990.
- CEPAL. Tabulaciones especiales de la encuesta de hogares, 2005.
- CEPAR. Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Endemain. Ecuador 2004 (<http://www.cepar.org.ec>).
- Cevallos Chávez, Chrystiam y otros (s/f), "Propuesta de plan operativo de derechos humanos del Ecuador- Derechos del Entorno social (1999), "Informe Foessa: la pobreza en España" [en línea] (<http://www.entornosocial.es/document/r22.html>).
- Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador 2005. Observatorio de los Derechos de la niñez y adolescencia Juventud [en línea] (<http://www.odna.org>).
- Fundación Mujeres (2004), "La pobreza en España" [en línea] (<http://www.fundacionmujeres.es/ione/secciones/estudio/11.htm>).
- García-Canclini, Néstor (ed.) (2003). En una época sin respuestas políticas. Culturas juveniles. Telos [en línea] (<http://www.campusred.net/telos/>).
- Krauskopt, Dina (2004) "La construcción de políticas de juventud en América Latina", [en línea] Comunidad Virtual de Gobernabilidad y Desarrollo Humano e Institucional (CVG) (<http://www.gobernabilidad.cl/modules.php?name=News&file=article&sid=494>) [febrero, 2004].
- Maddaleno M, Morillo P, Infante -Espinola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Mex; 2003.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (s/f), "Base de datos -Laborsta" [en línea] (<http://laborsta.ilo.org>) 2004.
- El estado de la juventud en Iberoamérica [en línea] (<http://www.oij.org/pdf/JuventudIberoamericana.pdf>) (marzo, 2004).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2004), Estadísticas de salud en las Américas. Edición 2003 [en línea] (http://www.paho.org/english/DBI/MDS/HIA_2002htm).
- Primer Informe Iberoamericano sobre la Juventud. CEPAL. OIJ. (2000), "Jóvenes, tecnología, participación y consumo" [en línea] Proyecto.
- Juventud, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) (<http://www.clacso.org>).
- Silber T. et al . El embarazo en la adolescencia. La salud del adolescente y del joven. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 1995.

Mesa Redonda II. Adolescencia: distintos países, distintas experiencias

Adolescencia: visión desde Amnistía Internacional

F.J. FERNÁNDEZ LÓPEZ

Pediatra de Atención Primaria. Servicio Asturiano de Salud. Miembro de Amnistía Internacional Asturias

INTRODUCCIÓN

Amnistía Internacional trabaja desde hace más de 40 años en la defensa y promoción de los derechos humanos de todas las personas y en todo el mundo. También lo hace de los derechos de los menores de edad, niños y adolescentes, cuyo máximo exponente es la “Declaración de Naciones Unidas sobre los derechos del Niño”, el tratado internacional de derechos humanos que ha conseguido un mayor número de adhesiones, hasta el extremo de que ha sido ratificado por todos los países excepto dos, Somalia y Estados Unidos.

La “Declaración de Naciones Unidas sobre los derechos del Niño” es aplicable a todas las personas menores de 18 años y contiene una serie de disposiciones para asegurar los derechos económicos, sociales y culturales de los menores de edad, y también, lo que es especialmente importante en el caso de los adolescentes, sus derechos civiles y políticos. Sin embargo, en muchas ocasiones, su articulado es olvidado por quienes tienen la responsabilidad de velar por su respeto, poniendo a los adolescentes en peligro de ver comprometida su integridad física o incluso su vida.

Son muchas las violaciones de derechos humanos que sufren adolescentes de todas las partes del mundo, pero sólo señalaremos a continuación algunas de las más significativas, con ejemplos recogidos fundamentalmente de los informes de Amnistía Internacional y de algunos documentos de la Sección española de la organización.

VÍCTIMAS DE TORTURA

“Los Estados Partes velarán porque ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos crueles, inhumanos o degradantes...”

“... Todo niño privado de libertad sea tratado con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana y de manera que se tengan en cuenta las necesidades de las personas de su edad...”

(Art. 37 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño)

En algunos países, los adolescentes pueden llegar a ser torturados por verse atrapados en situaciones de guerra y conflicto político. En otros países, adolescentes sospechosos de cometer actividades delictivas están expuestos a sufrir tortura a manos de agentes del Estado que, con frecuencia, los mantienen detenidos en condiciones que entrañan peligro para su salud y su integridad física. Muchos de ellos están en peligro de recibir golpes o sufrir abusos sexuales a manos de los mismos adultos que, en teoría, deberían protegerlos. En todo el mundo vemos los mismos patrones de abuso: apenas existen diferencias entre el trato policial que reciben los adolescentes en China y en Brasil, o entre sus condiciones de reclusión en Paraguay o en Rusia; y la

Correspondencia: Dr. Francisco Javier Fernández López. Pediatra Centro de Salud de Nava. Nava, Asturias
Correo electrónico: fjavierfl@telecable.es

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

violencia contra los niños y adolescentes en los conflictos armados es tan devastadora en Sierra Leona como en Afganistán.

La tortura puede tener repercusiones profundas en el cuerpo y la mente de un adolescente. Los que han sido torturados repetidamente o durante largos períodos tienden a experimentar permanentemente cambios de personalidad. Aunque muchos adolescentes tienen la necesaria capacidad cognitiva para comprender lo que les ha ocurrido a ellos o a su comunidad, carecen aún de la madurez emocional para asumirlo. Los adolescentes que sufren torturas en situaciones de conflicto –muchos de los cuales presencian a la vez la destrucción de su comunidad y de toda su forma de vida–, pueden pensar que no hicieron lo bastante para protegerse o para proteger a su familia o a sus amigos, y caer así presos de la desesperación, la culpa y la depresión. Uno de los fines de la tortura suele ser hacer que la víctima se sienta indefensa e impotente: nada más fácil que la frágil confianza de un adolescente en sí mismo. Por otra parte, los traumatismos físicos graves pueden perturbar su proceso normal de crecimiento y causarles debilidad o discapacidad permanente.

En algunos países, las palizas se consideran una consecuencia lógica de la detención, y algunos agentes de policía se apoyan en la tortura como método de interrogatorio. Se ha golpeado a adolescentes con puños, palos, patas de silla, culatas de pistola, látigos, tuberías de hierro y cables eléctricos. Han sufrido conmoción cerebral, hemorragias internas, rotura de huesos, dientes partidos y desgarros de órganos. Asimismo, adolescentes detenidos en determinados países, han sido quemados con cigarrillos o expuestos a condiciones extremas de calor o frío; los han privado de comida, bebida o sueño, o los han obligado a permanecer de pie, sentados o colgados durante largos períodos. En algunos lugares del mundo los niños y niñas que están bajo custodia están expuestos a sufrir violación y abusos sexuales, tanto a manos de agentes del Estado como de otros reclusos. Muchos adolescentes tratan de ocultar el hecho de que los han violado, otros sencillamente sienten demasiada vergüenza o turbación como para hablar de ello, y muchos casos quedan sin denunciar ni castigar.

Se calcula que cien millones de niños y adolescentes viven y trabajan en la calle, donde están especialmente expuestos a sufrir abusos. Se han documentado casos de

tortura y malos tratos a “niños de la calle” en numerosos países, como Bangladesh, Brasil, Colombia, Guatemala, India, Kenia, Nepal y Uganda. Las condiciones imperantes en los centros de reclusión de menores, orfanatos y otras instituciones, también pueden ser constitutivas de tortura.

Por otro lado, los adolescentes están especialmente expuestos a sufrir abusos en situaciones de conflicto armado, como “niños soldados”, refugiados o inocentes transeúntes. A muchos los torturan únicamente por vivir en “territorio enemigo”, por las ideas políticas o religiosas de su familia o por su origen étnico. Durante los años de guerra civil, en Sierra Leona, por ejemplo, los adolescentes han sufrido abusos en una escala sin precedentes: miles de ellos han sido víctimas de homicidio o mutilaciones, secuestrados y obligados a combatir, o violados y sometidos a esclavitud sexual.

CONDENADOS A MUERTE

“... No se impondrá la pena capital ni la de prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de 18 años de edad...”

(Art. 37 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño)

Los tratados internacionales para la protección de los derechos humanos prohíben condenar a muerte o ejecutar a toda persona que fuera menor de 18 años en el momento de cometerse el delito. Tanto el “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos” como la “Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño” contienen disposiciones a este efecto. Incluso la mayoría de los países en cuya legislación todavía se establece la pena capital para algunos delitos, disponen de leyes que excluyen específicamente la ejecución de delincuentes menores de edad. Sin embargo, en algunos países sigue condenándose a menores a la pena capital.

Desde 1990 hay constancia de ocho países que han ejecutado a presos que eran menores de 18 años en el momento de cometerse el delito: Arabia Saudí, China, Estados Uni-

dos, Irán, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo y Yemen. Desde entonces, China, Pakistán y Yemen han aumentado la edad mínima a 18 años, mientras que en Estados Unidos la Corte Suprema resolvió, en marzo de 2005, que la ejecución de menores de 18 años es inconstitucional. Hasta entonces, el país que había llevado a cabo un mayor número de ejecuciones de menores era precisamente Estados Unidos (19 entre 1990 y 2003). En la actualidad, este triste récord lo ostenta Irán, donde varios adolescentes han sido condenados a muerte durante 2006, habiendo sido ejecutados ocho en 2005 y al menos uno el año pasado. En Pakistán también ha sido ejecutado al menos un menor este último año.

La situación en Irán es muy alarmante dado el gran número de menores que han sido condenados a muerte y que aguardan la ejecución. Muchos casos no se conocen hasta después de la ejecución pero otros sí. A continuación aparecen algunos ejemplos:

A Né'mat, de 17 años, lo condenó a muerte un tribunal penal de Esfahan tras admitir haber matado a su cuñado en un altercado. Al principio negó la acusación pero, tras un largo interrogatorio, confesó. No tuvo acceso a la debida asistencia letrada tras su detención ni durante el juicio. El Tribunal Supremo confirmó la condena en abril pasado por lo que se encuentra en peligro de ejecución inminente.

Nazanin Mahabad Fatehi, de 19 años de edad, fue condenada a la pena capital tras haber admitido que dio muerte, con arma blanca, a uno de los tres hombres que intentaron violarla a ella y a su sobrina en un parque de Karaj en marzo de 2005. Tenía 17 años cuando ocurrieron los hechos.

En junio de 2006, Delara Darabi, de 19 años, fue condenada a muerte por segunda vez tras verse de nuevo su causa. Es acusada de un asesinato cometido cuando tenía 17 años. Delara Darabi admitió al principio su culpabilidad pero posteriormente se retractó. Declaró que se había confesado responsable del asesinato a instancias del otro acusado, de 19 años, para ayudarle a escapar de la ejecución, porque al parecer él estaba convencido, erróneamente, de que, al ser ella menor de 18 años en el momento de los hechos, no podrían condenarla a muerte.

En marzo de 2006, Mehdi, de 18 años, fue condenado a muerte presuntamente por dar muerte a un hombre en Robot Karim, provincia de Teherán, unos dos años antes, cuando

tenía 16 ó 17 años; su hermano fue encarcelado por su participación en el homicidio. Mohammad Mousavi, de 18 años, fue condenado a muerte por un asesinato presuntamente cometido cuando tenía 16 años; la condena ha sido confirmada por el Tribunal Supremo y se teme que puedan ejecutarlo en cualquier momento. Por último, Hamid Reza corre peligro de ser ejecutado por un asesinato presuntamente cometido cuando tenía 14 años.

Como se señaló anteriormente, el fallo dictado el 1 de marzo de 2005 por la Corte Suprema de Estados Unidos declaró que el uso de la pena de muerte contra personas menores de 18 años en el momento de cometerse el delito vulnera la prohibición de las "penas crueles y desusadas" que establece su Constitución. Esto implica que salvarán la vida los más de 70 menores condenados a muerte actualmente en Estados Unidos y que ninguno más será condenado a la pena capital. Sin embargo, en la base naval estadounidense de Guantánamo (Cuba) permanecen recluidas al menos tres personas, y quizá hasta seis, en calidad de "combatientes enemigos", que eran menores de 18 años cuando fueron detenidas. El gobierno estadounidense sostiene que las garantías constitucionales no son aplicables a los detenidos en Guantánamo y que tiene la intención de que algunos de ellos sean juzgados por comisiones militares, órganos ejecutivos que tienen la facultad de imponer penas de muerte, por lo que sigue siendo motivo de preocupación que estos detenidos puedan ser condenados a morir.

Algunos casos de adolescentes condenados a la pena capital son realmente escalofriantes, como el de una joven nigeriana que fue detenida en octubre de 1987 en Calabar, estado de Cross River, cuando tenía 17 años. Fue acusada de asesinato junto con un hombre, después de que éste dijera que había tenido una visión en la que aparecía ella matando a la víctima. Tras su detención, pasó siete años en la prisión de Calabar en espera de juicio. El Tribunal Superior de Calabar la declaró culpable y la condenó a muerte en noviembre de 1994, sin que se hallara presente un abogado y sin poder interponer recurso de apelación contra la condena. Tras dictarse la sentencia, la enviaron a la prisión de Ogoja, estado de Cross River, y luego la trasladaron a la de Enugu, estado de Enugu, donde lleva ya más de 12 años. Debido a la gran distancia que separa Calabar de Enugu y al considerable precio del transporte, jamás ha ido a verla

su familia, siendo sus únicos visitantes los miembros de una iglesia que visitan la prisión.

La cruel relación de la pena capital con los adolescentes en algunas partes del mundo alcanza su máxima expresión cuando es un adolescente el elegido para aplicarla. Un caso reciente tuvo lugar en mayo de 2006 en Somalia, en cuya capital, Mogadiscio, un hombre fue atado a una estaca, encapuchado y apuñalado hasta morir por el hijo de 16 años del maestro de escuela coránica a quien el condenado había admitido haber matado unos meses atrás. El reo había sido sentenciado a muerte unas horas antes por un tribunal de la Sharia (ley islámica) que aplicó el principio de represalia (qisas, es decir, "ojo por ojo") de la Sharia, después de que la familia de la víctima se negara a aceptar una indemnización y designase al adolescente para ejecutar la condena.

VÍCTIMAS CIVILES EN LAS GUERRAS

"... los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar la protección y el cuidado de los niños afectados por un conflicto armado"

(Art. 38.2 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño)

La guerra es una realidad cotidiana para muchos niños y adolescentes en el mundo. Algunos no han conocido lo que es vivir en paz y otros han visto cómo, de pronto, su mundo se venía abajo, quedando desprovistos de todo, incluso de una familia. Las guerras hoy en día han cambiado; en su mayoría son conflictos internos, por lo que la población civil se encuentra en plena línea de fuego y, lo que es más grave, se ha convertido en objetivo bélico. Ya no se trata de conquistar territorio sino de subyugar a la población y, en algunos casos, hacerse con una fuente de recursos o de comercio especialmente rentable, como en el caso de las minas de diamantes. Si en la Primera Guerra Mundial las bajas entre la población civil representaban un 5% de la población, ahora llegan a ser del 80-90%, principalmente, mujeres y niños.

Los niños y adolescentes, como parte de la población civil, pagan con su vida las guerras de los mayores. Se cal-

cula que unos dos millones de menores murieron en la década de los 90 a causa de conflictos bélicos. Los niños y adolescentes en zona de guerra son deliberadamente asesinados o mutilados, a menudo con extrema brutalidad: genocidio de Ruanda; mutilados de Sierra Leona por el Frente Revolucionario Unido; ejecuciones sumarias de 24 adolescentes en República Democrática del Congo a finales de 2002 por el Movimiento Nacional para la Liberación del Congo; en Nepal, desde 1996 han muerto unos 400 niños a consecuencia de actos de violencia relacionados con el conflicto.

Muchos menores de edad sufren discapacidades físicas o traumas psicológicos que requieren un tratamiento especial y comprometen su futuro. Se calcula que unos seis millones de adolescentes y jóvenes padecen en la actualidad secuelas como consecuencia de los conflictos bélicos de los años 90.

Gran cantidad de menores de edad se ven desplazados forzosamente de sus lugares de residencia, principalmente en zonas rurales en las que se lucha por el control de las tierras, y llegan a zonas donde van a sufrir el desarraigo y donde va a ser muy difícil que vean satisfechos sus derechos a coberturas educativa, sanitaria, de alojamiento y empleo. Muchos de ellos incluso no podrán contar con una partida de nacimiento y jamás tendrán acceso a unos procedimientos legales adecuados. Sus especiales necesidades en situación de postconflicto quedarán desatendidas porque, además, en un gran número de casos han perdido a sus familias.

Todos los años un buen número de jóvenes y adolescentes víctimas de la guerra huyen de sus países hacia otros donde creen que van a encontrar un mundo mejor, pero a menudo se encuentran con gobiernos y medios de comunicación que califican a los refugiados y solicitantes de asilo de "personas conflictivas" e incluso "terroristas en potencia". La tendencia en la Unión Europea es a restringir y no respetar los derechos que recoge la "Convención de Naciones Unidas sobre el Estatuto de los Refugiados". Durante los últimos años se han establecido controles muy férreos de la inmigración y muchos refugiados han visto negados sus derechos al ser encarcelados a su llegada, al no permitírseles solicitar asilo, o al ser devueltos a su país de origen con grave riesgo de sufrir violaciones de derechos humanos.

ADOLESCENTES SOLDADOS

“Los Estados Partes se abstendrán de reclutar en las fuerzas armadas a las personas que no hayan cumplido los 15 años de edad. Si reclutan personas que hayan cumplido 15 años, pero que sean menores de 18, los Estados Partes procurarán dar prioridad a los de más edad”

(Art. 38.3 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño)

“Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma”

(Art. 35 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño)

Muchos niños y adolescentes pueden convertirse en dobles víctimas de la guerra cuando se les obliga a ser sujetos activos de los conflictos, es decir, cuando se les obliga a ser niños y niñas soldado.

Un niño o niña soldado es cualquier persona menor de 18 años que forma parte de cualquier tipo de fuerza o movimiento armado, ya sea regular o irregular, en cualquier condición, incluyendo cocineros, porteadores, mensajeros y cualquier otra persona que acompañe a dichos grupos. Incluye también a las niñas reclutadas con fines sexuales y de matrimonio forzoso. Por tanto, este término no se refiere sólo a los menores que portan o han portado armas. Atendiendo a esta definición, se estima que existen unos 500.000 niños soldado en el mundo, 300.000 de ellos luchando en primera fila, y 120.000 de ellos sólo en África. Si hablamos de cifras acumulativas, se calcula que en la última década más de un millón de niños y niñas han sufrido el abuso de tener que participar activamente en una guerra. Si bien la mayoría de los niños reclutados tienen edades que oscilan entre los 15 y los 18 años, son muchos los que con edades por debajo de éstas también son reclutados.

El reclutamiento de menores está prohibido por el “Protocolo Opcional Facultativo sobre la Participación de Niños y Niñas en los Conflictos Armados” de la “Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño”. Por otra

parte, el “Estatuto de Roma del Tribunal Penal Internacional”, en vigor desde el 1 de julio de 2002, ha tipificado el reclutamiento de menores de 15 años como crimen de guerra y establece la obligación de identificar, procesar y castigar a los que reclutan. A pesar de ello, durante los últimos años ha continuado el reclutamiento de adolescentes, tanto por fuerzas estatales (República Democrática del Congo, Liberia, Myanmar, Ruanda, Sudán, Estados Unidos,...) como por grupos paramilitares o milicias gubernamentales (Colombia, Sudán, Somalia, Zimbabwe) y por grupos armados de oposición (Afganistán, Chechenia, India, Laos, Territorios Palestinos Ocupados, Yemen, Nepal).

Son muchas las razones por las que los ejércitos regulares y los grupos armados desean tener a adolescentes entre sus filas. La principal de ellas es que son “buenos soldados”, es decir, se arriesgan mucho más, a la vez que son más baratos y prescindibles que los adultos porque, si resultan heridos, se les abandona. Los adolescentes son utilizados para misiones que a veces sólo ellos pueden o quieren hacer: espías, labores de inteligencia (Israel, Indonesia, Nepal), detectar campos de minas, vigilar, prisioneros y, a veces, ejecutarlos. Además, pueden ser utilizados como porteadores, cocineros, captan a otros adolescentes, y disparan en primera fila, con lo que el enemigo se enfrenta al dilema de tener que matar a un menor.

Por otra parte, las causas por las que un adolescente se enrola “voluntariamente” en una fuerza o grupo armado combatiente son también variadas. La pobreza, el desarraigo, la falta de expectativas, la necesidad de establecer vínculos afectivos abruptamente rotos, el adoctrinamiento por parte de las familias o estados, la necesidad de proteger a su familia... está detrás de todos los reclutamientos “voluntarios”. Para muchos adolescentes su familia ha pasado a ser el ejército o el grupo armado en el que militan, aunque los hayan secuestrado; otras veces son las propias familias las que los entregan para su reclutamiento.

Aunque existe la idea de que las niñas no son reclutadas y que, cuando lo son, es para que trabajen en la cocina o para prestar servicios sexuales, es un hecho que las adolescentes son reclutadas y que también participan luchando en primera línea. El reclutamiento de mujeres menores de edad tiene algunas peculiaridades. Por ejemplo, en los motivos de reclutamiento “voluntario”, es muy frecuente que esté el huir de una situación de abuso sexual

dentro de la familia o de intentar pasar a un contexto de mayor igualdad en el trato para ellas. Las adolescentes son obligadas a prestar servicios sexuales de formas muy variadas, desde su adjudicación como esposas hasta someterlas a violaciones colectivas. Además, están más expuestas al VIH. Se las fuerza a utilizar métodos anticonceptivos que, a veces, les suponen un grave daño. Los embarazos son frecuentes y acarrear graves consecuencias psíquicas y físicas. Ser madres hará mucho más difícil su reinserción en sus comunidades, ya que la estigmatización que esto supone hace que disminuyan notablemente las posibilidades de que se incluyan en programas de desmovilización y rehabilitación.

Es fácil comprender que la vida de los adolescentes soldados es muy dura, pero a veces es difícil poderse imaginar hasta qué punto es así en algunos lugares del mundo. Estos niños llegan a sufrir, en ocasiones, técnicas de adiestramiento brutal, como obligarles a matar a miembros de su familia o de su comunidad, o a comerse un órgano que les han obligado a amputar; toman drogas y son sometidos a sesiones de vudú; durante años viven en un constante miedo.

DISCRIMINADOS POR SU ORIENTACIÓN SEXUAL

“Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación”

(Art. 16.1 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño)

En algunos países donde formalmente no existen leyes que puedan ser utilizadas para castigar a las personas por su orientación sexual, en la práctica la aplicación de otras leyes no específicas, habitualmente referidas a conceptos como el “escándalo público”, la “conducta indecente” o los “crímenes contra la familia”, se utilizan para castigar las relaciones de los adolescentes homosexuales. Éste es el caso de Egipto.

En otros países, la persecución se realiza de forma directa por la ley que, en ocasiones, llega a establecer la pena de muerte para las conductas homosexuales. En total, son

ocho los países que incluyen en su legislación la condena a muerte por este motivo (Afganistán, Arabia Saudí, Irán, Mauritania, Pakistán, Sudán, Yemen y algunos estados del norte de Nigeria). En otros lugares, la homosexualidad puede ser motivo para una condena a cadena perpetua y aun, cuando este tipo de leyes pueden no ser aplicadas en la práctica, la discriminación que sufren las personas por su identidad sexual, real o supuesta, crea situaciones de inseguridad para su integridad física y mental. Por ejemplo, en Arabia Saudí, en abril de 2005, al menos 35 hombres fueron condenados a ser azotados por su asistencia a una “boda gay”. Cuatro de ellos fueron condenados por un tribunal a recibir 2.000 latigazos y dos años de prisión, mientras que el resto recibiría 200 latigazos y entre seis meses y un año de prisión. En este mismo país, tres hombres fueron ejecutados en 2002, condenados por motivo de su orientación sexual. En los últimos años también se ha tenido noticia de este tipo de ejecuciones en Afganistán e Irán.

En Estados Unidos, el maltrato y abuso de lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero por parte de la policía, es una práctica generalizada y prácticamente pasa inadvertida debido a la escasez de denuncias y a políticas y procedimientos poco claros, defectuosamente aplicados o inexistentes. Lesbianas, inmigrantes, transgénero, personas sin hogar, de color y jóvenes, son potenciales objetivos de este maltrato.

En numerosos países de habla hispana, incluida España, la escalada de declaraciones homófobas ha podido ser el primer paso hacia otras formas de violencia hacia las personas pertenecientes a alguna minoría sexual. Nicaragua es el único país de habla hispana que condena en su Código Penal la homosexualidad, tras las reformas legales llevadas a cabo durante los últimos años en Chile, Puerto Rico y Ecuador. Mientras, el hostigamiento y el clima de intimidación a las personas por su identidad sexual, real o supuesta, continúa siendo una realidad en países como Honduras o Guatemala. En Colombia, las guerrillas y los grupos paramilitares imponen sus normas de conducta social en las zonas que se hallan bajo su control, lo que supone muchas veces la segregación, la violencia e incluso la muerte de las personas consideradas “indeseables” bajo dichas normas, entre ellas lesbianas y gays. En México se han denunciado elevados niveles de violencia homófoba, especialmente contra los hombres gays, en muchas partes del país. La discrimi-

nación que muchas personas sufren al denunciar estos incidentes refleja a menudo la falta de disposición oficial a tomarse en serio las denuncias de violencia homófoba.

ADOLESCENTES MUTILADAS

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”

(Art. 24.3 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño)

Se calcula que actualmente viven en el mundo 135 millones de mujeres mutiladas genitualmente. Además, cada año la sufren otros dos millones de niñas más, lo que significa un ritmo de casi 6.000 operaciones de este tipo al día, o una cada 15 segundos. Esta operación se realiza en 29 países de África y tres de Oriente Próximo, así como en comunidades de inmigrantes en todo el mundo. La mutilación genital consiste en extirpar el clítoris de la niña, total o parcialmente y, en ocasiones, cortar incluso los labios menores de la vagina para coserlos y dejar un orificio muy pequeño para la salida de la orina. La intervención se realiza en la mayoría de casos a niñas antes de llegar a la adolescencia, con aparatos cortopunzantes, como cuchillas y pedazos de vidrio, sin anestesia, y suele ser llevada a cabo por un miembro de la comunidad sin ningún tipo de preparación sanitaria.

Un gran número de colectivos de mujeres de estos países, con el apoyo de varias organizaciones internacionales, han logrado, con su labor de sensibilización y presión política, que esta práctica ya sea considerada ilegal y perse-

guida en muchos lugares donde hasta hace pocos años era habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amnesty International. Hidden scandal, secret shame. Torture and ill-treatment of children. Documento ACT 40/38/00. Londres: Amnesty International Publications; 2000.
2. Amnesty International (2004). Human Rights and Sexual Orientation and Gender Identity. Documento ACT 79/001/2004. Disponible en Internet (consultado el 12 de enero de 2007) <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGACT790012004?open&of=ENG-347>
3. Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Madrid: Editorial Amnistía Internacional (EDAI); 1998.
4. Amnistía Internacional, Sección española (2006). La pena de muerte, un fracaso de la justicia. Disponible en Internet (consultado el 12 de enero de 2007) http://www.es.amnesty.org/uploads/tx_useraitypdb/informe_pena_de_muerte_2006.pdf
5. Barenbaum J, Ruchkin V, and Schwab-Stone M. The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45:1, 41-62.
6. Coalición española para acabar con la utilización de niños soldado, Sección española de Amnistía Internacional y Save the Children España (2004). Niños soldado. Informe Global 2004. Madrid: Editorial Amnistía Internacional (EDAI).
7. Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en Internet (consultado el 12 de enero de 2007) http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm
8. Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados. Disponible en Internet (consultado el 12 de enero de 2007) http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu2/6/protocolchild_sp.htm
9. UNICEF (2006). Estado Mundial de la Infancia 2007. Disponible en Internet (consultado el 12 de enero de 2007) http://www.unicef.org/spanish/sowc07/docs/sowc07_sp.pdf.

Caso Clínico

Debut de colitis ulcerosa en una adolescente

C. BOUSOÑO GARCÍA, E. RAMOS POLO, E. TABORGA DÍAZ, M. GARCÍA GONZÁLEZ,
S. JIMÉNEZ TREVIÑO, M. CRESPO HERNÁNDEZ

Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba dos entidades que tienen en común diferentes aspectos clínicos e histopatológicos y comparten una etiopatogenia similar, caracterizados por una inflamación recurrente y persistente del colon –Colitis ulcerosa, (CU)– o de todo el aparato digestivo –Colitis granulomatosa o enfermedad de Crohn, (EC)–. Aproximadamente una cuarta parte de los pacientes debutan en la edad pediátrica y muchos de ellos lo hacen al comienzo de la adolescencia. La sospecha diagnóstica parte de la existencia de diarrea mucosanguinolenta con coprocultivo negativo que se prolonga en el tiempo, o de un deterioro en el desarrollo estato-ponderal, o de manifestaciones extradigestivas, de carácter cutáneo, articular, o sistémico. El diagnóstico exige remitir al paciente a una unidad especializada para la realización de colonoscopia, aunque los estudios histopatológicos no aseguren siempre el diagnóstico, dado el amplio abanico de entidades diferenciales. Presentamos un caso especialmente complicado por simular una colitis alérgica en su debut.

RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Niña de 12 años que ingresa por un cuadro de una semana de evolución de diarrea sanguinolenta con abundante

mucosidad, llegando hasta el número de 12 deposiciones diarias. Está afebril pero asocia pérdida de peso y postración. *Antecedentes familiares:* sin interés. *Antecedentes personales:* en junio de 2005 a los 11 años ingresó en un hospital comarcal por cuadro de diarrea sanguinolenta siendo el coprocultivo negativo. En marzo de 2006: presenta otro episodio de diarrea sanguinolenta, por lo que es remitida a Gastroenterología Infantil, realizándose una primera colonoscopia que mostraba lesiones ulcerativas de la mucosa rectal y colon ascendente, siendo diagnosticada por el patólogo de colitis eosinofílica, recomendándose tratamiento con corticoides orales y enemas S-ASA durante un mes. *Exploración física:* peso 22,300 kg, talla 127 cm. Pálida, ojerosa y postrada. Bien nutrida e hidratada. Sin exantemas ni petequias. Sin rigidez espinal. Auscultación cardio-pulmonar: normal. Abdomen blando, depresible, difusamente doloroso, sin defensa y sin masas ni otras organomegalias.

Datos complementarios y procedimientos significativos

- Hemograma: Hb 10,7 g/dL, Hto 33%. Leucocitos 9.380 (20 L/ 5,3 M/ 70 N/ 1,3 Eo/1 BA). Plaquetas 578.000. VSG 17 mm 1ª hora.
- Bioquímica: glucosa 74 mg/dL, urea 14 mg/dL, creatinina 0,54 mg/dL, sodio 137 mmol/L, potasio 3,9 mmol/L, calcio 9,2 mg/dl, proteínas totales 7,06 g/dL, AST 21 U/L, ALT 9 U/L, GGT 8 U/L, prealbúmina 15,7

Correspondencia: Dr. Carlos Bousoño García. Hospital Universitario Central de Asturias. Departamento de Pediatría. Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Domicilio: Urbanización Las Alondras nº 20. 33013 Oviedo
Correo electrónico: carlos.bousoño@sespa.princast.es

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

mg/dL (20-40), transferrina normal. IS 4,5%. Fosfato, magnesio, estudio de niveles de colesterol, amilasa, lipasa y bilirrubina: normales.

- PCR: 0,69 mg/dL. Alfa-1 glicoproteína ácida 196 mg/dL (50-120).
- Colonoscopia: desde el recto hasta bien entrado el colon transverso tanto en extensión como en profundidad se observan ulceraciones continuas y afectación mucohemorrágica severa y extensa. El estudio histológico de las muestras fue informado como compatible con colitis ulcerosa.
- Coprocultivo con estudio de virus y bacterias: negativo. *C. difficile* (toxina y antígeno): negativos. Parásitos: se aísla *criptosporidium*.
- Rx abdomen: patrón gaseoso inespecífico.
- Gammagrafía: afectación del colon distal, ascendente y principios del transverso.

Controles evolutivos

- Hemograma control (29-11-06): Hb 10,8 g/dl, Hto 33%. Leucocitos 12.830 (13 L/ 3 M/ 80 N/ 0,2 Eo/ 0,1 BA). Plaquetas 612.000. VSG 10 mm 1ª hora.
- Bioquímica control (29-11-06): glucosa 92 mg/dL, urea 13 mg/dL, creatinina 0,40 mg/dL, sodio 140 mmol/L, potasio 4,7 mmol/L, calcio 9,6 mg/dL, proteínas totales 7 g/dL, GOT 17 U/L, GPT 12 U/L, GGT 9 U/L, hierro 17 mcg/dL, transferrina 289 mg/dL. Índice de saturación de transferrina 289 mg/dl, Alfa-1 glicoproteína ácida 22,2 mg/dL, ferritina 5 ng/mL, vitamina B₁₂ 9,8 pg/mL, selenio 80, cinc 76.
- Inmunología para estudio de EII: ANA (+) 1/80. ANCA +. ASCA IgA 12,36 U/mL (dudoso)
- IgE normal y RAST PLV y huevo, pescado y gluten: negativo. Inmunoglobulinas: normales.

Evolución y comentarios

Ingresa en planta a dieta absoluta para realizar colonoscopia. Tras ella y, ante el resultado de la misma, se mantiene la dieta absoluta y, posteriormente, alimentación exclusiva con Modulen IBD 250 mL 3 veces al día, y se inicia tratamiento con prednisona, ranitidina i.v. y Claversal oral. Al 5º día de su ingreso se intenta tolerancia oral con una dieta blanda sin residuos que resulta exitosa. El número de deposiciones va disminuyendo al igual que el contenido en san-

gre de las mismas, hasta realizar deposiciones de aspecto normal. Afebril durante todo su ingreso. Al alta se indicaba: dieta normal para la edad, suplementada con modulen IBD: 250 mL 3 veces al día. El tratamiento medicamentoso: claversal 500 mg: 1/2 comprimido cada 8 horas. Prednisona: 20 mg mañana y 10 mg noche. Ranitidina suspensión: 45 mg cada 12 horas.

DISCUSIÓN

La CU está limitada al colon, desde el recto hasta el ileon, es de naturaleza superficial y se caracteriza por una agresión a la mucosa de manera continua, definida por la presencia de ulceraciones y desestructuración de las criptas, con depleción de las células mucoides. En España, tenemos una incidencia media de 5,5 (EC) y 9,8 (CU) casos por 100.000 habitantes y año. En *edad pediátrica*, la incidencia es inferior y oscila entre 0,2 (Dinamarca) y 3,1 (Gales) casos por 100.000 habitantes y año para EC, y entre 0,5 (Francia) y 4,3 (Noruega) casos por 100.000 habitantes y año para CU. En niños se observa claramente un incremento progresivo de ambas entidades especialmente entre los 9-14 años, por lo que el pediatra debe tenerlas presentes ante cualquier diarrea invasiva que recurre o se mantiene sin resolución.

Sigue sin aclararse la **naturaleza etiológica** de ambas entidades, primando la hipótesis de que la *predisposición genética individual*, junto a *factores ambientales* relacionados fundamentalmente con una mejora en la capacidad adquisitiva de la población, la higiene exquisita y la asepsia progresiva, la “modernización” y refinamiento de nuestra dieta y los programas masivos de vacunación (*teoría de la higiene*), *llevarían a una pérdida de la tolerancia intestinal a la flora residente autóctona*, quizás condicionada por episodios previos de infección intestinal, que originan la puesta en marcha de mediadores proinflamatorios específicos (IL-2, 6, IFN- γ , TNF α) e inespecíficos (prostaglandinas proinflamatorias, radicales superóxidos, etc.) y respuesta linfocitaria inflamatoria que se perpetuaría en el tiempo, condicionando el carácter crónico y recurrente de estos procesos.

La **familiaridad** es el factor de riesgo más claro en la edad pediátrica, lo que viene avalado por diferentes estudios de base poblacional, de cohortes y de gemelos. El riesgo de aparición de EII en la fratría es de 10-35 para EC y 8-

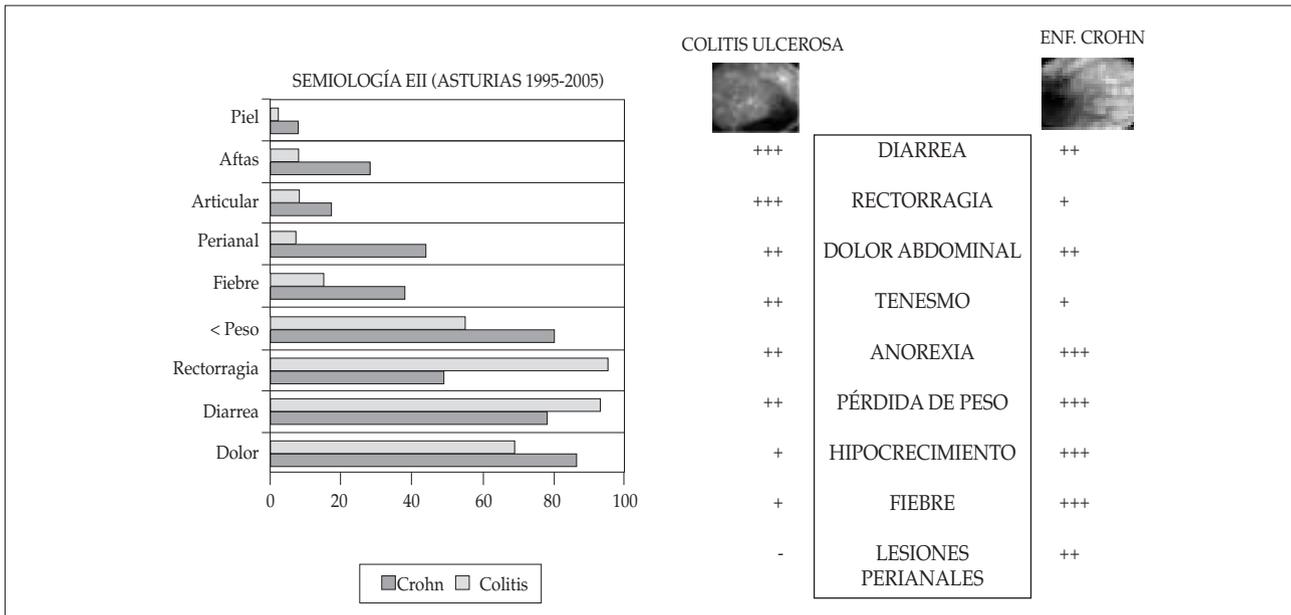


Figura 1. Semiología clínica y diagnóstico diferencial.

15 para CU. Son interesantes los fenómenos de *concordancia* (aparición de la misma entidad en los descendientes, que no es universal pero sí destacada) y *anticipación* (debut adelantado, en 16 años de media, en los descendientes de 1^{er} grado). Los estudios del genoma han detectado diferentes genes candidatos para la EC, normalmente denominados como IBD 1-8. Por lo que respecta a CU se supone un mecanismo poligénico. De los genes candidatos clonados hasta ahora, el más significativo es el MUC3A (7q22), que codifica para diversas glicoproteínas o mucinas que protegen al epitelio intestinal de la agresión. Otros genes codifican para proteínas que condicionan el carácter de la afección, por ejemplo, para pancolitis, se encuentra una mayor asociación con HLA-DR3-DQ2.

Manifestaciones clínicas y complicaciones

Ambas entidades comparten muchas de sus manifestaciones y complicaciones extraintestinales, como queda reflejado en un estudio retrospectivo de 45 casos de EC y 55 de CU registrados en nuestro Hospital como EII de debut pediátrico (< 18 años); sin embargo, la EC cursa clásicamente con pérdida de peso, anorexia, astenia y dolor abdominal con/sin diarrea en la mayoría de los casos, mientras que CU lo hace con diarrea mucosanguinolenta o invasiva, rectorragia, cóli-

cos y tenesmo. En nuestra serie, un 36% de los casos de EII presentaban complicaciones extradiigestivas (articulares, cutáneas, hepáticas, pancreáticas, sistémicas, etc.) debutando incluso como tales en un 11% en EC. Las formas de presentación de EC en nuestro Hospital, a lo largo de estos 20 años, son la clásica (67%), con manifestaciones extradiigestivas (11%), enfermedad perianal predominante (6,6%), retraso de talla y desarrollo sexual (6,6%), fallo de medro (4%) o hallazgo casual en laparotomía por abdomen agudo (4%). El retraso del crecimiento, definido como una velocidad inferior a 2 DS de más de 2 años de duración, estaba presente en el 37% de los casos de EC al diagnóstico en nuestra serie (Fig. 1).

Diagnóstico de la actividad inflamatoria

Los reactantes de fase aguda inflamatoria (VSG, PCR, Oro-somucoide) reflejan el daño tisular aunque son inespecíficas. Más recientemente se emplea la determinación de calprotectina, una proteína fijadora de Ca⁺⁺ y Zn⁺⁺ (PM 36 kD) muy abundante en los neutrófilos, con una buena especificidad (90-96%) aunque escasa sensibilidad (70-75%).

Diagnóstico de confirmación y extensión

La endoscopia digestiva alta/baja con toma de muestras para estudio histopatológico, se demuestra como la prueba más

sensible para el diagnóstico, localización y extensión, diferenciando en un 85-90% de los casos, ambas entidades. La *radiología convencional* (Rx simple de abdomen, tránsito baritado intestinal y enema opaco de doble contraste) tienen un papel en el diagnóstico. Por otro lado, en nuestra experiencia, la gammagrafía Tc99 HMPAO-leucocitos, se demuestra muy superior a la radiología convencional con una sensibilidad del 75% y una especificidad del 92%.

Diagnóstico de las complicaciones

Otros estudios de imagen como los ultrasonidos, TAC y RMN deben emplearse a menudo, no sólo para el diagnóstico, sino especialmente para las complicaciones de la EII.

Diagnóstico diferencial

Las lesiones más características de CU son la distorsión y los abscesos de criptas y la depleción de células mucoides, mientras que para EC lo representan los acúmulos linfocíticos y los granulomas. Un 10% al menos deben etiquetarse de entrada como formas indeterminadas y esperar que el tiempo y la evolución definan, cada paciente (recordemos siempre que en EII existen enfermos más que enfermedades). Los denominados tests serológicos (p-ANCA, ASCA) tienen también un papel en el diagnóstico diferencial de ambas entidades. Los p-ANCA son autoanticuerpos de clase IgA, frente al citoplasma de los neutrófilos, que se estudiaron antes en la granulomatosis de Wegener, con una sensibilidad escasa (50%) pero alta especificidad para CU (95%). Los ASCA (Ac. frente a *saccharomyces cerevisiae*) demuestran una sensibilidad del 60% y una especificidad del 91% en EC. Un patrón pANCA+ ASCA- es muy sugerente de CU, al igual que uno ASCA+pANCA- lo es de EC, si bien, su ausencia no excluye ninguna de ambas entidades. También son de utilidad para predecir la evolución de una colitis indeterminada por histopatología. En nuestro caso, en el primer ingreso los estudios mostraban una infiltración eosinofílica tan numerosa en la mucosa cólica que el diagnóstico del patólogo fue de colitis eosinofílica. Sin embargo, el hecho de que no se demostrasen trofo, ni neumoaérgenos, en los estudios complementarios y, por otro lado, la recaída clínica y el posterior estudio, han venido a descartar tal hipótesis.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

Tratamiento médico

En espera de un tratamiento curativo, que permita la restitución *ad integrum* de la mucosa intestinal inflamada nuestros objetivos actuales son, en primer lugar, inducir la remisión de la actividad (contamos con nutrición enteral -EC-, corticoides convencionales y budesonida, y antagonistas de TNF- α) y, en segundo lugar, favorecer el mantenimiento y evitar la aparición de recaídas (aminosalicilatos, inmunosupresores).

Tratamiento nutricional

Desde el momento del diagnóstico se debe iniciar un programa de alimentación que permita cubrir las necesidades, compensar las pérdidas y corregir las deficiencias, proporcionando al organismo la energía suficiente para conseguir un balance metabólico positivo capaz de conseguir un crecimiento normal. Si ya existe retraso en el desarrollo, es imprescindible que la ingesta calórica sea suficiente para normalizar la velocidad del crecimiento. Para lograr unos aportes adecuados, se intentará en primera instancia la vía oral con una dieta diversificada y equilibrada. Si la ingesta es deficiente se deben aportar suplementos orales que complementen las comidas, preferentemente por boca y, sólo si fracasa, se empleará la suplementación mediante sondas u ostomías. El uso de la *nutrición enteral* como suplemento de la oral puede ser muy útil en EII en determinadas circunstancias, por períodos breves de tiempo, mediante débito continuo, ya sea diurna o nocturna, o mediante bolos. Aunque inicialmente se empleaba como una técnica de soporte nutricional, actualmente se reconoce al menos una tasa de éxitos para inducir la remisión en EC del 60% como media, aunque sea inferior a la obtenida con corticoides (85-90%). Las medidas de soporte entérico parecen inferiores en la CU (40% de éxitos), pero siempre estaría indicada en la EC leve-moderada en la edad pediátrica como tratamiento de primera línea.

Corticosteroides

De sobra conocidos por sus beneficios en la EII, tienen en su contra los graves efectos secundarios, como el Cushing, la hipertricosis, la deformación de la imagen corporal,

la osteoporosis, la predisposición a las infecciones, y las cataratas entre otros pero, muy especialmente, el retraso en el desarrollo sexual y el entretardamiento de la velocidad de crecimiento, son secundarismos que obligan a la búsqueda de alternativas terapéuticas en el futuro. Su mecanismo de acción más probable es el de inhibir la síntesis de linfocinas proinflamatorias, al interferir con la transcripción y síntesis de DNA, bloqueando la respuesta del promotor de transcripción epitelial NF κ B. Otras actuaciones significativas radican en su papel inmunomodulador y regulador de la respuesta inflamatoria inespecífica. Los fármacos más empleados son prednisona/olona a razón de 1-2 mg/kg/día durante 1 mes, seguido de una retirada progresiva a razón de - 5 mg/semana.

Aminosalicilatos (mesalazina)

Su mecanismo de acción es múltiple, destacando su papel pro-apoptosis, inhibitorio sobre los CD4-T, síntesis de Interferon gamma y TNF α y, muy especialmente, en el bloqueo de la inflamación inespecífica a través del incremento en la síntesis de prostaglandinas antiinflamatorias, como ciclooxigenasa y disminución de las proinflamatorias, como lipoxigenasa. Existen diferentes formulaciones en el mercado de mesalazina, dependiendo del mecanismo de liberación de su composición molecular y del sitio de acción. En Pediatría, los más empleados han sido la clásica salazopirina (60% éxitos en remisión y más de 50% en prevención de recidivas) que tiene como defecto los frecuentes secundarismos e idiosincrasia, al parecer por la molécula sulfapiridina, que actúa como vehículo, y los más modernos, derivados 5-ASA bien en forma de gránulos de liberación lenta –Pentasa®– o con cubierta entérica (Lixacol® y Claversal®), que reúnen diversas peculiaridades y con una eficacia algo superior que sulfasalazina (70% en remisión y 60-65% en prevención de recidivas).

Fármacos anti-TNF α

El protagonismo del factor de necrosis tumoral alfa en la inflamación crónica intestinal es de enorme trascendencia. TNF α es sintetizado por macrófagos tras un estímulo genético-ambiental, desencadenando una respuesta en cascada que afecta a los monocitos (síntesis de citocinas proinflamatorias IL-1, 6 y más TNF α), células del endotelio (citocinas, adhesinas, factores de coagulación y radi-

cales iNOS), linfocitos B (anticuerpos), linfocitos T (interleukina 2, IFN γ), adipocitos (disminución de lipoproteína lipasa), fibroblastos (IFN β , colagenasa), miocito (proteólisis), osteoclasto (reabsorción ósea), SNC (fiebre, sueño), y elevación de reactantes de fase aguda inflamatoria. Infliximab® es un anticuerpo monoclonal quimérico capaz de confundir los mecanismos de alerta celulares, bloqueando TNF- α tanto en forma soluble, como ligada a membrana, favoreciendo de forma notable la apoptosis celular y, en definitiva, inhibiendo la inflamación aberrante. Su empleo en EC viene demostrando una mejoría rápida de los síntomas, con éxitos en remisión del 85% o más, así como eficacia en terapias de mantenimiento, especialmente en formas fistulizantes y no-obstructivo no-fistulizante o inflamatorias propiamente dichas. La taquifilaxia, el coste y sus graves aunque raros secundarismos – enf. del suero, *Lupus like*, linfomas, reactivación de tuberculosis– son sus limitaciones más significativas, por lo que hoy por hoy su uso en Pediatría se limita a EC severa y refractaria, aunque muchos ensayos indiquen su utilidad en primera línea en EC fistulizante por sus beneficios frente a corticoides. Actualmente se está empleando con éxito en CU refractaria al tratamiento convencional.

Inmunosupresores

Los derivados de *tiouguanina* (AZT/6-MT) están indicados especialmente para el rescate de la corticodependencia/resistencia y en el mantenimiento de EC y CU. Su mecanismo de acción es antilinfoproliferativo, antiinflamatorio e inhibitorio de los CD4 y T-NK. La dosis habitual de AZT es de 2-2,5 mg/kg/día, empezando con dosis inferiores hasta alcanzar los niveles adecuados. Debe monitorizarse su respuesta mediante la determinación periódica de hemogramas, función hepática y pancreática, así como por niveles de TMPT, la enzima responsable de su activación. Su eficacia es singular a partir de los 3 meses de acción, consiguiendo el mantenimiento y la prevención de recidivas en más del 70% de los casos independientemente de que se trate de CU o EC, eso sí, de formas leves o moderadas. También es eficaz en formas leves de EC, asociado a corticoides o nutrición enteral para conseguir la remisión. La *ciclosporina* se emplea ocasionalmente como medicación de rescate en CU refractarias o corticodependientes.

Tratamiento quirúrgico y expectativas de futuro

En ocasiones, el tratamiento médico es incapaz de controlar la evolución de la enfermedad. En esos casos, la resección puede ser la única alternativa que, además, es curativa en caso de CU mediante reservorios íleo-anales con/sin derivaciones u ostomías transitorias. Las indicaciones del tratamiento quirúrgico en caso de CU serían colitis refractaria, megacolon tóxico, perforación o hemorragia masiva y singularmente, prevención de cáncer. El cáncer aparece en CU ligado fundamentalmente al tiempo de evolución de la enfermedad, siendo el riesgo significativo por encima de los 10 años tras el diagnóstico. Para la EC, las indicaciones de cirugía parcial serían obstrucción, fístulas, abscesos, megacolon tóxico, perforación, refractariedad y retraso del crecimiento.

Nuevos y más eficaces inmunosupresores, mejoría de la farmacocinética y vigilancia de los actuales, así como aparición de nuevos agentes, como neuro-inmunomoduladores y especialmente el desarrollo de la tecnología de pro/prebióticos, están en la actual *perspectiva de futuro* prometedora de estas entidades. Hacen falta, en todo caso, perfilar mejor los conocimientos, estudios bien diseñados de aplicación en niños, e incremento en el rigor y la metodología científica, que debe buscar la curación y no sólo la remisión clínica de la EII. Entre estas expectativas, ha aparecido recientemente la *Granulocitoféresis*, que consiste en practicar una aféresis, reduciendo el número de granulocitos y favoreciendo la inmunomodulación (inhibición de L-selectina, activación de integrina, producción de factor de crecimiento e inhibición de interleucina 1), lo que per-

mite retardar la aparición de recaídas, así como disminuir las dosis de corticoides.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedad inflamatoria intestinal. 2ª ed. Eds: Gasull MA, Gomollón F, Obrador A, Hinojosa J. Madrid: Ergon; 2002.
2. Katz S. Update in medical therapy of ulcerative colitis. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34(4): 397-407.
3. Escher JC & Taminau JM. Treatment of Inflammatory disease in childhood. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36(S) 234: 48-50.
4. Sandborn WJ, Hanauer S. Antitumor necrosis factor therapy for inflammatory bowel disease: a review of agents, pharmacology, clinical results and safety. *Inflammatory Bowel Diseases* 1999; 5(2):119-33.
5. Sands BE. Therapy of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2000; 118S: 68-82.
6. Buller HA. Objectives and outcomes in the conventional treatment of pediatric Crohn disease. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2001; 33: S11-S18.
7. Medina Benítez E, Prieto Bozano G, Rodríguez Reynoso MF y Suárez Cortina L. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Protocolo WEB de la AEP de la SEGHNIP 2003.
8. Heuschkel RB, Menache CC, Megerin JT, et al. Enteral nutrition and corticosteroids in the treatment of acute Crohn's disease in children. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2000; 31:8-15.
9. Ludvigsson JF, Krantz M, Bodin L, Stenhammar L, Lindquist B. Elemental versus polymeric enteral nutrition in paediatric Crohn's disease: a multicentre randomized controlled trial. *Acta Paediatr* 2004; 93(3): 327-35.
10. Díaz Martín JJ, Codoceo Alquinta R, Sarriá Osés J, Molina Arias M, Prieto Bozano G, Polanco Allué I. Utilidad de calprotectina fecal como marcador de inflamación en pacientes pediátricos con enfermedad intestinal inflamatoria. IX Congreso Nacional de la SEGHNIP, Bilbao 9-11 mayo 2002.

Caso Clínico

Anticoncepción

J. CASAS RIVERO

Unidad de Medicina del Adolescente. Hospital Infantil la Paz. Madrid

PMR. Es una paciente atendida en la consulta desde que nació, con la que tenemos una excelente relación, tanto con ella como con sus padres y sus otros dos hermanos.

Acude a su revisión anual con 16 años. Hablamos un rato con su madre, que nos comenta lo bien que está su hija: simpática, ayudando en casa, aprobando todo y cumpliendo los horarios de llegada, incluso ha empezado a salir con el hijo de unos amigos comunes, un año mayor que ella, que es un encanto, educado, estudioso y responsable. No le preocupa nada de la salud de P., excepto que quizás tenga algo de acné y que desde que tuvo la menarquia con 13 y 1/2 años su menstruación es irregular aunque no dolorosa ni especialmente abundante.

Al salir la madre y mientras que exploramos a la paciente, detectamos efectivamente un acné leve comedoniano con alguna pústula en cara y algunas lesiones en espalda y, tras hablar de su noviazgo y de la posibilidad de tener relaciones sexuales y de sus riesgos, P. plantea que es probable que las inicie puesto que ha tenido alguna oportunidad aunque nunca ha llegado a mantenerlas.

Al explicarle las posibilidades de métodos anticonceptivos, prefiere la píldora, puesto que alguna amiga suya ya la toma y le da mayor seguridad, pero desde luego no quiere que sus padres sepan nada de todo esto.

Enfrentada ante lo que va a explicar cuando descubran sus padres un paquete de píldoras en su neceser u olvidadas en el cuarto de baño, o en la farmacia coincida con alguna amiga de su madre, se queda bloqueada.

Planteamos la posibilidad de justificar su uso para regular su ciclo menstrual y mejorar el acné y así sería el médico quien indique el tratamiento para otro motivo y ya de paso, tiene su método anticonceptivo que, por supuesto, tiene que complementar con el preservativo. Esta posibilidad le parece maravillosa, aunque le preocupa que su madre pueda oponerse a un tratamiento así.

Al pasar la madre y hacer el resumen de la exploración y entrevista con P., exponemos que el único problema que presenta es el de sus alteraciones menstruales y el acné y que el tratamiento con DIANE sería perfecto para controlar ambas; que efectivamente es un anticonceptivo y que, como "efecto secundario", tendría ese efecto pero que lo estamos usando para las otras razones que afectan a P.

Con esta "excusa" logramos, que tanto P. como sus padres puedan utilizar los anticonceptivos sin problemas, permitiendo incluso que los padres supervisen si efectivamente la niña los toma correctamente y no se le olvidan, respetando al mismo tiempo, su intimidad.

Correspondencia: Dr. José Casas Rivero. Unidad de Medicina del Adolescente. Hospital Infantil La Paz, Madrid.
Correo electrónico: josecasasrivero@hotmail.com

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

Comunicaciones premiadas

SALA DE CÁMARA

Sábado 24 de marzo, 16.00-18.00 h

Moderador: Dr. José Blas López Sastre

1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y PERFIL INGESTIVO SALINO EN LA FIBROSIS QUÍSTICA

Díaz Martín JJ, Campuzano Martín S, Bousoño García C, Perillán Méndez C*, Málaga Guerrero S. Hospital Universitario Central de Asturias y *Universidad de Oviedo

Introducción: la hipertensión arterial (HTA) no ha sido considerada hasta la fecha un problema en el seguimiento de los pacientes con fibrosis quística de páncreas (FQ). Estudios clásicos han observado valores de tensión arterial (TA) más bajos que en controles de igual edad y sexo, existiendo la posibilidad de que el gen FQ confiera cierta protección frente a la HTA. Las excesivas pérdidas de sodio producidas en pacientes FQ condicionan con frecuencia deshidrataciones hiponatémicas en edades precoces que pudieran repercutir en su sensibilidad gustativa a la sal.

Objetivo: estudiar la prevalencia de HTA y el perfil ingestivo salino en pacientes con FQ.

Métodos: estudio transversal analítico, con grupo control de ámbito autonómico. Grupo índice: 20 sujetos (mediana de edad de 15,82 años) con diagnóstico de certeza de FQ. Grupo control: 73 sujetos sanos (mediana de edad de 17,53 años), seleccionados al azar entre los 100 individuos que completaron el seguimiento longitudinal del estudio RICAR-

DIN. Realización en ambos grupos de estudio de examen físico, medición de TA (dos determinaciones separadas 15 minutos) y tests específicos para determinar el perfil ingestivo salino: sensibilidad, consistencia, preferencia y tolerancia.

Resultados: los valores de TA sistólica (TAS) y diastólica (TAD) fueron significativamente menores en el grupo FQ. TAS: $105,98 \pm 9,90$ mmHg vs. $111,94 \pm 10,71$ mmHg, $p: 0,016$. TAD: $65,73 \pm 12,86$ mmHg vs. $70,05 \pm 8,11$ mmHg, $p: 0,024$. Cuando dichos valores se ajustaron por edad, sexo, peso y talla de los participantes, las diferencias no mantuvieron significación estadística. Mientras que en el grupo control se observó una correlación negativa estadísticamente significativa entre la TAS y la sensibilidad gustativa a la sal ($r: -0,341$, $p = 0,003$), en el grupo de pacientes FQ dicha relación no pudo ser confirmada ($r: -0,115$, $p = 0,6$). No se demostró relación entre la sensibilidad gustativa a la sal y la TAD en ninguno de los dos grupos. Los valores de sensibilidad y preferencia gustativa a la sal no tuvieron diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, los valores de consistencia y tolerancia gustativas a la sal fueron significativamente mayores en el grupo FQ; cuando dichos valores se ajustaron por edad, sexo, peso y talla, no mantuvieron dicha significación.

Conclusiones: los valores de TA en los pacientes FQ son equivalentes a los de la población normal cuando se ajustan sus diferencias por los posibles factores de confusión. La HTA no constituye en la actualidad un pro-

blema importante en la FQ. No existe correlación entre los valores de TA y la sensibilidad gustativa a la sal en los pacientes con FQ. Los valores de estudio del perfil ingestivo salino de los pacientes FQ son equivalentes al resto de la población cuando se ajustan sus diferencias por los posibles factores de confusión.

2. SEXUALIDAD, SALUD PERCIBIDA Y USO DE LA SANIDAD ENTRE ADOLESCENTES. COMPARATIVA ENTORNO SEMIRRURAL-ENTORNO URBANO. *Rodríguez García J¹, Díaz Vázquez CA¹, González Guerra L², Domínguez Aurrecochea B², Labra Álvarez R², Martínez Fernández P³, Fernández Fernández M⁴.* ¹EAP de Moreda (Aller). Área 7. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ²EAP de Otero (Oviedo). Área 4. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ³IES Valle de Aller (Moreda). ⁴IES Leopoldo Alas Clarín (Oviedo)

Objetivo: evaluar aspectos relacionados con la salud y estilos de vida en los adolescentes comparando dos entornos geográficos: semirural (SR) y urbano (U).

Métodos: estudio transversal mediante encuesta anónima autocumplimentada. La encuesta constaba de 25 preguntas. En la presente comunicación se muestran los resultados de: estado de salud, uso del sistema sanitario, sexualidad y SIDA. Previo al estudio se recabó el consentimiento informado de los participantes y también de los padres en el caso de los menores. La encuesta se realizó en el Instituto de Educación Secundaria de cada una de las poblaciones participantes en el estudio.

Cumplimentaron la encuesta 173 adolescentes de 16 a 18 años: 86 en el entorno semirural (52 mujeres) y 87 en el urbano (45 mujeres).

Se realizó una valoración de los datos para cada entorno SR y U; así como una comparación de proporciones para muestras independientes (IC 95%) con el programa EPIDAT 3.1. Cuando los resultados no son significativos (NS) entre los dos subgrupos SR y U, el resultado que se muestra es el valor obtenido para el conjunto del grupo de estudio. Cuando el resultado entre los entornos da una diferencia significativa (*) se muestran los valores de cada uno de los subgrupos.

Resultados: estado de su salud. Se consideran sanos el 77,4% (NS), el 1,7% se define como enfermo (NS) y el 20,9% indica, que depende del momento. Sólo 2 enfermedades fue-

ron citadas por más de un encuestado: asma 9,8% (NS) y alergia 2,4% (NS). El 87,9% afirma estar bien vacunados (NS), el 2,3%, que está mal (NS) y el 9,8% restante dicen desconocer su estado vacunal (NS).

Uso del sistema sanitario. El 13,3% habían acudido a la consulta del centro de salud en los 7 días previos. El 48,8% de los adolescentes-SR habían acudido en el mes anterior frente al 28,7% de los adolescentes-U (*p 0,01). El 10,4% afirma no haber acudido a su centro de salud desde hace más de un año (NS). Los principales consultores ante dudas en temas de salud son los padres (58,8% para los adolescentes-SR y 98% para los adolescentes-U (*p 0,000) y el médico-enfermera (73,8 y 67,8%, respectivamente, NS).

Sexualidad. El 17,4% manifiesta tener dudas en el campo de la sexualidad (NS), siendo sus principales fuentes de información sus amigos (82,7%), sus padres (50,3%), profesionales sanitarios (17,9%), otros familiares (15,6%) y los profesores (2,3%). A través de una pregunta abierta, consignaron 12 métodos anticonceptivos diferentes, con una media de 2.9 métodos por encuestado. El 93% citó el preservativo, el 68,8%, la píldora y el 39,3%, el DIU.

SIDA. A 5 preguntas relacionadas con el SIDA respondieron correctamente: el 95,3% (es una enfermedad contagiosa: verdadero); el 100% (sólo afecta a adultos: falso); el 99,4% (solo afecta a quienes se drogan: falso); el 95,4% (es fácil de curar: falso) y el 82,5% (sólo afecta a quienes tienen relaciones sexuales: falso). No hubo diferencias entre los subgrupos SR y U.

Conclusiones: 1. Mínimo sentimiento de "persona enferma"; 2. La mayor parte han acudido al centro de salud en el último mes; 3. Elevados conocimientos sobre SIDA y en tipos de métodos anticonceptivos; 4. Globalmente se constatan pocas diferencias entre los entornos semirural y urbano.

3. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SOBREPESO EN ADOLESCENTES DE OVIEDO (1992-2006). *Díaz Martín JJ*, Somalo Hernández L, García González M, Riaño Galán I*, Málaga Guerrero S.* Servicio de Pediatría *Hospital San Agustín de Avilés. Hospital Universitario Central de Asturias

Fundamento: la prevalencia de obesidad y sobrepeso están aumentando en las últimas décadas en el mundo desarrollado en adultos y niños. El objetivo del presente estudio

ha sido conocer la evolución de dicha prevalencia en adolescentes de Oviedo en los últimos 14 años.

Población y métodos: se desarrollaron dos estudios transversales en 1992 y entre noviembre de 2004 diciembre de 2006, ambos en los mismos 5 colegios de Oviedo en niños de ambos sexos de edades comprendidas entre 12 y 19 años. Obesidad: valores de índice de masa corporal (IMC) al percentil 95 de los puntos de corte de la *International Obesity Task Force* (IOTF). Sobrepeso: $IMC \geq P85$ y $< P95$ de la IOTF.

Resultados: se estudiaron 674 alumnos en 1992 y 769 entre 2004-2006. Se observó un aumento no significativo en la prevalencia de obesidad (4,8 vs. 4,2%) y de sobrepeso más

obesidad (26,1 vs. 25,7%) en la cohorte de 2004-6. Al estratificar por sexo, mientras que la prevalencia de obesidad se multiplicó por 4 en niñas, de 0,9% en 1992 a 3,7% en 2004-2006 ($p = 0,017$), en niños se observó un descenso no significativo (5,9 vs. 7,2 %). No se observaron diferencias significativas en los valores de IMC entre los dos períodos de estudio para ninguno de los dos sexos.

Conclusión: la prevalencia de obesidad está aumentando significativamente en adolescentes de sexo femenino de Oviedo, en contraste con lo que ocurre en varones. Sería deseable conocer las diferencias existentes en estilos de vida y hábitos alimentarios entre sexos en este grupo de edad para aplicar medidas preventivas adecuadas.

VI Conferencia Blas Taracena del Piñal

La tiranía de los jóvenes

J. URRRA PORTILLO

Psicólogo Clínico y Forense. Escritor. Contertulio en Medios de Comunicación. Primer Defensor del Menor. Presidente de la Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica. Patrono de UNICEF. Profesor de Ética en Psicología (UCM)

El niño en muchos hogares se ha convertido en el dominador de la casa, se ve lo que él quiere en la televisión, se entra y se sale a la calle si así a él le interesa, se come a gusto de sus apetencias. Cualquier cambio que implique su pérdida de poder, su dominio, conlleva tensiones en la vida familiar, el niño se vive como difícil, se deprime o se vuelve agresivo. Las pataletas, los llantos, sabe que le sirven para conseguir su objetivo.

Son niños caprichosos, consentidos, sin normas, sin límites, que imponen sus deseos ante unos padres que no saben decir no.

Molestan a quienes tienen a su alrededor, quieren ser constantemente el centro de atención, que se les oiga sólo a ellos. Son niños desobedientes, desafiantes. No toleran los fracasos, no aceptan la frustración. Echan la culpa a los demás de las consecuencias de sus actos.

La dureza emocional crece, **la tiranía se aprende, si no se le pone límites.**

Hay niños de 7 años y menos que dan puntapiés a las madres y éstas dicen «no se hace» mientras sonríen; o que estrellan en el suelo el bocado que le han preparado y posteriormente le compran un bollo.

Recordemos, esos niños que todos hemos padecido y que se nos hacen insufribles por culpa de unos padres que no ponen coto a sus desmanes.

La tiranía se expone en las denuncias de los padres contra algún hijo, por estimar que el estado de agresividad y

violencia ejercido por éste o ésta, afectaba ostensiblemente al entorno familiar. Otro hecho reiterado es el de las fugas del domicilio y el consecuente absentismo escolar con conductas cercanas al conflicto social. En otros casos, el hijo o hija entra en contacto con la droga y es a partir de ahí donde se muestra agresivo/a, a veces con los hermanos. Otros casos son los hijos que utilizan a sus padres como “cajeros automáticos”, o con chantajes, o manifestando un gran desapego hacia sus progenitores, transmitiendo que profundamente no se les quiere.

En los últimos años, en los Juzgados y Fiscalía de Menores, hemos constatado un preocupante aumento de las denuncias a menores por malos tratos físicos (conllevan psíquicos y afectivos) a las figuras parentales (casi exclusivamente a la madre).

Estas realidades afloran ahora porque existe una fiscalía, un Defensor del Menor, unos servicios de protección a la infancia, una policía de menores donde denunciarles (antes no) lo era) salía a muy corta edad de casa, a trabajar y buscarse la vida.

Dichas inculpaciones son presentadas por vecinos, partes médicos de los hospitales y, puntualmente, por la víctima, la cual cuando llega a la Fiscalía de Menores a pedir “árnica” es que ha sido totalmente desbordada y derrotada, viene con la honda sensación de haber fracasado como madre y con un dolor insondable por denunciar a su hijo,

Correo electrónico: urrainfancia@hotmail.com

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

sabedora de que la Justicia pudiera domeñar esa conducta, pero difícilmente equilibrarla.

La sórdida cotidianeidad de estos abusos en el seno de lo que debiera ser un hogar cercena cualquier convivencia. Sin embargo, este “cáncer relacional” sólo despierta la alerta colectiva cuando salta a los medios de comunicación un parricidio, entonces, como en todos los hechos que concluyen en muerte, la sociedad vuelve a sorprenderse por la frialdad con que los niños cuentan sus actos violentos y por la aparente falta de móviles o razones para efectuarlos.

Los humanos heredamos genética y culturalmente, ¿puede, por ende, hablarse de violencia contra natura?

CARACTERÍSTICAS DE QUIEN VIOLENTA A SUS PADRES

Resulta inviable apuntar una estadística cuantificadora fiable, dada la más que incalculable pero segura amplia cifra de conductas de este tipo no denunciadas, y que sólo se interviene judicialmente en aquellas en que hay constancia de secuelas físicas de agresión.

Genéricamente, no son adolescentes delincuentes. La mayoría de ellos no llegan a agredir a los padres. En muchas ocasiones han abandonado, de hecho, los estudios. No tienen obligaciones, ni participación en actividades o relaciones interactivas.

Respecto al perfil, se trata de un menor varón (uno de cada diez son chicas) de 12 a 18 años (con una mayor prevalencia del grupo 15-17 años) que arremete primordialmente a la madre. Adolecen hasta del intento de comprender qué piensa y siente su interlocutor “domado”. Poseen escasa capacidad de introspección y autodominio: “me da el punto/la vena...”.

Los tipos caben diferenciarse en:

- **Hedonistas-nihilistas**, el más amplio en número. Su principio es “primero yo y luego yo”. Unos utilizan la casa como hotel (los fines de semana los pasan fuera), entienden que la obligación de los padres es alimentarles, lavarles la ropa, dejarles vivir y subvencionarles todas sus necesidades o, mejor dicho, demandas. El no cumplimiento de sus exigencias supone el inicio de un altercado que acaba en agresión. En gran número no rea-

lizan ninguna actividad educativa o formativa, se levantan a las 13 horas, comen, descansan con una reparadora siesta y “a dar vueltas con los colegas”. Se implican con grupos de iguales de conductas poco aconsejables. En síntesis y literalmente, hacen lo que quieren, llevan a dormir a quien desean a casa, llaman al cerrajero y cambian la cerradura dejando a los padres fuera, etc.; en fin, un despotismo nada ilustrado.

- **Patológicos**, bien sea por una relación amor-odio madre-hijo, con equívocos, más allá de los celos edípicos, en algún caso con relaciones incestuosas. Otro determinante es la dependencia de la droga, que impele al menor a robar en casa desde dinero para comprar sustancias psicotrópicas de diseño, hasta la cadena musical para adquirir otros tóxicos como inhalantes volátiles tipo pegamento con tolueno.
 - **Violencia aprendida** como aprendizaje vicario desde la observación, ya sea porque el padre (por ejemplo, alcohólico) también pega a la madre para conseguir su líquido elemento; o como efecto *boomerang*, por haber sufrido con anterioridad el maltrato en su propio cuerpo, la incontinencia pulsional de padres sin equilibrio ni pautas educativas coherentes y estables; cuando su edad y físico lo permiten “imponen su ley” como la han interiorizado.
 - Se aprecian bastantes casos en **hijos separados**. Bien por el proceso, que en ocasiones se formula de tal manera que resulta muy dañino para los hijos, o porque el padre varón, en el régimen de visitas, le indica al hijo que su ex (se caracteriza por ser tonta, caprichosa, estúpida...) y que él como hijo haría bien en imponerse, tener más libertad... (o, lo que es lo mismo, encanalla a su hijo contra su ex, que no olvidemos es la madre del hijo). En muchas ocasiones el padre varón ve al hijo los fines de semana en tiempos de cine, restaurantes, etc., mientras que la madre tiene que bregar con el aseo personal del hijo, arreglo de la habitación, estudio, etc.
- La convivencia con la nueva pareja del padre o de la madre ocasiona a veces grandes disturbios en los hijos que, rebotados de una casa a otra, acaban agrediendo a la parte más débil.
- Un porcentaje significativo de chavales son **niños adoptados o acogidos por familias** que no son biológicamente

las suyas. Pareciera que ese sentimiento de no pertenencia al 100%, de no vinculación sanguínea, permite al joven exigir más, demandar, al tiempo de unos padres que no se atreven a emplear todos los mecanismos de sanción para ganarse el respeto, mostrándose en ocasiones excesivamente condescendientes.

Todos los tipos tienen **nexos de confluencia**, tales como los desajustes familiares, la “desaparición” del padre varón (o bien no es conocido, o está separado y despreocupado, o sufre algún tipo de dependencia o simplemente no es informado por la madre para evitar el conflicto padre-hijo, si bien la realidad es que prefiere no enterarse de lo que pasa en casa en su ausencia). No se aprecian diferencias por niveles socio-económico-culturales. Los facilitadores que provocan la erupción violenta son nimios. La tiranía hace años que inició su carrera ascendente. El hijo es único o el único varón o el resto de los hermanos más mayores han abandonado el hogar. En la casi totalidad de los casos no niegan su participación; es más, la relatan con tanta frialdad y con tal realismo que impresiona sobremanera.

El niño o joven que se droga, que se implica con grupo de iguales disociales, que se fuga, no va a ningún sitio, sólo huye de una incompreensión, de una falta de atención, de afecto, seguro de un maltrato.

Se maltrata a nuestros jóvenes cuando no se transmiten ni pautas educativas que permitan la autoconfianza, ni valores solidarios, y a cambio se les bombardea con mensajes de violencia. Se les maltrata cuando se les cercena la posibilidad de ser profundamente felices y enteramente personas.

Las **causas son**: una sociedad permisiva que educa a los niños en sus derechos pero no en sus deberes.

Es obvio que se ha pasado de una educación autoritaria de respeto, casi miedo al padre, al profesor, al conductor del autobús, al policía, a una falta de límites, donde algunos jóvenes (los menos) quieren imponer su ley de la exigencia, de la bravuconada, de la fuerza.

El cuerpo social ha perdido fuerza moral, desde la corrupción no se puede exigir. Se intentan modificar conductas, pero se carece de valores.

Respecto a los medios de comunicación y, primordialmente, a la televisión, es incuestionable que la “cascada” de actos violentos (muchas veces sexuales) difuminan la gravedad de los hechos.

La televisión es utilizada por muchos padres como “canguro”, el golpeo catódico continuado invita ocasionalmente a la violencia gratuita y, en general, adopta una posición amoral al no definir lo que socialmente es adecuado de lo inaceptable.

Los *roles* parentales clásicamente definidos se han diluido, lo cual es positivo si se comparten obligaciones y pautas educativas, pero resulta pernicioso desde el posicionamiento de abandono y el desplazamiento de responsabilidades.

Hay miedo, distintos miedos: el del padre a enfrentarse con el hijo, el de la madre al enfrentamiento padre-hijo. El de la urbe, a recriminar a los jóvenes cuando su actitud es de barbarie (en los autobuses, metro...) caemos en la atonía social, no exenta de egoísmo, delegando esas funciones a la policía, a los jueces, que actúan bajo “el miedo escénico”; así el problema no tiene solución.

A las penosas situaciones en que un hijo arremete a su progenitor no se llega por ser un perverso moral, ni un psicópata, sino por la ociosidad no canalizada, la demanda perentoria de dinero, la presión del grupo de iguales... pero básicamente por el fracaso educativo, en especial en la transmisión del respeto, y si no: ¿por qué en la etnia gitana no acontecen estas conductas, muy al contrario, se respeta al más mayor?

- **Evolución:** la tiranía se convierte en hábito o costumbre, cursa *in crescendo*, no olvidemos que la violencia engendra violencia. La frecuencia de las persecuciones por la casa, de la rotura de mobiliario, de los golpes, patadas a la madre, la intensidad de las humillaciones y vejaciones de todo tipo se incrementan, se pasa al robo en el domicilio, amenaza con cuchillos... Las exigencias, cada vez mayores, obligan necesariamente a decir un día NO, pero esta negativa ni es comprendida, pues en su historia vivida no han existido topes, ni es aceptada, pues supondría validar una revolución contra el estatus quo establecido. La presión a estas alturas de la desviada evolución impele a las conductas hetero y autoagresivas. El no es “consustancialmente” inaceptable.
- **Intervención:** el Código Civil recoge la figura del auxiliar judicial, que es la ayuda que pueden solicitar los padres que se sienten impotentes ante sus hijos. Si un padre solicita de los servicios sociales que se hagan

cargo de su hijo, dicha red social tiene que aceptarlo, posteriormente se podrá reclamar a los padres una pensión alimentaria y establecer un plan de apoyo social con la familia. En el primer momento, se firma un contrato de guarda temporal.

La situación, cuando llega a los Juzgados de Menores, suele ser de tan intensa gravedad que no cabe otra solución inicial que el internamiento. Poner límites, que los actores constaten que la sociedad se defiende de esas actuaciones. Frenar una posible generalización de esas conductas, si bien hemos constatado que muchos de estos jóvenes se comportan así sólo en casa, no trasladando los problemas con el grupo de pertenencia al de referencia.

Los menores son conscientes de que obran mal, que su forma de conducirse es reprobada por todos, jamás dicen en el Centro la razón de su internamiento, sino que aducen que son pandilleros, que están por agredir a un policía (lo que les mejora el *status*).

Obviamente, el internamiento es el paso previo y ya aprovechado para una terapia profunda y dilatada, donde reequilibrar su comportamiento y percepción del mismo, actitud hacia los otros, etc. Finalmente, esta psicoterapia de corte sistémico incluye a las distintas figuras que componen el núcleo familiar (evitando la vivencia del “chivo expiatorio”), abordando los conflictos, implementando otras habilidades de resolución de problemas, de relación, aportando pautas coherentes para reeducar basadas en el razonamiento, etc.

En los casos de agresión a los padres, si éstos depositan toda su confianza en que la sola intervención de la justicia de menores dará cumplida solución al problema, hemos de reseñar que dichas expectativas (a ciertas edades de los jóvenes casi fe), se verán frustradas. Cabe una función mediadora-conciliadora, está recomendada una Libertad Vigilada con amplia duración temporal (bien que dé continuidad a la medida de internamiento dejándola en suspenso, bien como alternativa al no hacerse imprescindible el “sacar” al menor del foco conflictivo); sin embargo, es función que escapa al ámbito de la Justicia reestructurar las relaciones paterno-filiales, por lo que la medida de Libertad Vigilada se llenará de contenido con la asistencia del grupo familiar a psicoterapia, bien sea el Cen-

tro de Salud Mental que les corresponda o a otra institución privada, pero donde se constate la evolución, allí sí se pueden establecer contratos conductuales y emplear otras técnicas y métodos durante las sesiones precisas, no compatibles con el objeto y la inmediatez inherente a la Administración de Justicia.

Prevención = Educación

Hemos de educar a nuestros jóvenes y, ya desde su más tierna infancia, hay que enseñarles a vivir en sociedad. Por ello han de ver, captar y sentir afecto, es preciso transmitirles valores.

Entendemos esencial formar en la empatía, haciéndoles que aprendan a ponerse en el lugar del otro, en lo que siente, en lo que piensa. La empatía es el gran antídoto de la violencia, no hay más que ver el menor índice de agresividad de las mujeres y relacionarlo con el aprendizaje que reciben de niñas.

Precisamos motivar a nuestros niños, sin el estímulo vacío de la insaciabilidad.

Educarles en sus derechos y deberes, siendo tolerantes, soslayando el lema “dejar hacer”, marcando reglas, ejerciendo control y, ocasionalmente, diciendo NO.

Instaurar un modelo de ética, utilizando el razonamiento, la capacidad crítica y la explicación de las consecuencias que la propia conducta tendrá para los demás. Acrecentar su capacidad de diferir las gratificaciones, de tolerar frustraciones, de controlar los impulsos, de relacionarse con los otros. Debemos fomentar la reflexión como contrapeso a la acción, la correcta toma de perspectiva y la deseabilidad social.

Entre todos, desde la red comunitaria, conformada por los recursos sociales y la urdimbre ciudadana de asociaciones, ayudaremos a las familias (niño-familia-contexto) facilitando que impere la coherencia y se erradique la violencia, que exista una participación más activa del padre. Este sostén exterior permitirá a los padres intentar ser amigos de sus hijos, pero sin olvidar su papel de educadores.

Impulsaremos que la escuela integre, que trabaje y dedique más tiempo a los más difíciles, quebrando el esquema (ocasional): «sal de clase al pasillo, del pasillo al patio, del patio a la calle». El que haya jóvenes desahuciados del mundo, de sí mismos, que se revuelven con-

tra los otros (padres o no), es un mal que está en la sociedad.

Dijo Karl Popper en su último ensayo publicado que «la democracia consiste en poner bajo control el poder político». Es cierto, y los productores de televisión siempre podrán, si no se interviene, capturar la audiencia, pero es que el horror no nace de la fantasía sino de la realidad, por ello se plasma, no sólo en *reality shows*, sino en noticiarios e informativos.

Denunciar los malos tratos que ocasionan algunos menores nos da fuerza para denunciar los malos tratos de los que en muchas ocasiones son víctimas esos u otros menores.

No se trata de ideologías progresistas o reaccionarias, sino de evitar la “ley del péndulo”, del niño atemorizado al educador paralizado.

Como conclusión, estimamos poder convenir siguiendo el hilo argumental reflejados que la tiranía infantil refleja una educación (si así puede llamarse) familiar y ambiental distorsionada que aboca en el más paradójico y lastimero resultado, dando alas a la expresión «CRÍA CUERVOS....».

BIBLIOGRAFÍA

- Urra J. Violencia, memoria amarga. Madrid: Siglo XXI; 1997.
- Urra J. Niños y no tan Niños. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998
- Urra J. El futuro? de la Infancia. Madrid: Pirámide; 2001.
- Urra, J. Características de quien violenta a sus padres, en Urra, J. (comp.). Tratado de Psicología Forense. Madrid: Siglo XXI; 2002.
- Urra J. Tratado de Psicología Forense (Comp.). Madrid: Siglo XXI; 2002.
- Urra J. Agresor Sexual. Casos reales. Madrid: Editorial E.O.S.; 2002.
- Urra J. Escuela práctica para padres. Madrid: La Esfera de los Libros; 2004.
- Urra, J. Adolescentes en conflicto. 52 casos reales (4ª ed.). Madrid: Pirámide; 2005.
- Urra, J. El Pequeño Dictador. Cuando los padres son las víctimas. (12ª ed.) Madrid: La Esfera de los libros; 2006.
- Urra J. El Arte de Educar. Madrid: La Esfera de los Libros; 2006.
- Urra J, Clemente M, Vidal Y et al. Televisión: impacto en la infancia. Madrid: Siglo XXI; 2000.
- Urra J y Clemente M. Psicología Jurídica del Menor. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1997.
- Urra J, Compadre A, Romero C. Jauría Humana. Cine y Psicología. Barcelona: Gedisa; 2004.

Presentación de pósters

Sábado 24 de marzo, 11.00-11.45 h

1. ADOLESCENTES CON RIESGO DE MUERTE SÚBITA. FORMAS DE AFRONTAR EL TRATAMIENTO. *Nso Roca AP, Barrios Tascón A, García Guereta L. Hospital Infantil La Paz. Servicio de Cardiología Pediátrica. Madrid*

Antecedentes: el uso del desfibrilador automático implantable (DAI) para el tratamiento de pacientes con riesgo de muerte súbita es una técnica relativamente nueva en la población pediátrica. A pesar de ser un tratamiento reciente, se considera que es efectiva en este grupo de edad. Sin embargo, no hay estudios sobre su impacto en la calidad de vida. La adolescencia es una etapa de desarrollo de la personalidad, caracterizada por fragilidad emocional y, por tanto, de riesgo para desarrollar trastornos psicológicos en jóvenes que deben asumir un riesgo de muerte súbita.

Objetivos: por estos motivos consideramos imprescindible realizar una valoración de la repercusión psicológica del tratamiento con DAI en la adolescencia.

Casos: presentamos a dos adolescentes portadores de DAI, son dos casos representativos de las distintas formas de afrontar esa terapia en este grupo de edad. Un varón de 14 años con DAI por parada cardiorrespiratoria secundaria a miocardiopatía hipertrófica y con múltiples reacciones psicósomáticas tras la implantación del tratamiento. Una adolescente de 14 años con DAI por arritmias secun-

darias a fibroma intracardiaco, asintomática y con buena adhesión al tratamiento.

Conclusiones: los pacientes portadores de DAI pueden presentar síntomas de ansiedad o depresión durante su evolución. Esto tiene especial importancia durante la adolescencia ya que es una etapa de desarrollo psicosocial. La sospecha y detección precoz de estas reacciones patológicas permitirán un mejor manejo de estas complicaciones.

2. AUTOESTIMA Y ADOLESCENCIA TEMPRANA. *Petrella R. Médico Especialista II en Pediatría y Puericultura. Hospital Dr. Miguel Malpica. Guacara. Profesora de la Universidad de Carabobo. Doctorado de Ciencias Médicas. U.C. Unidad de Investigación en Salud Reproductiva del Adolescente. UNISAR/FCS/UC. Venezuela*

Resumen: la autoestima es considerada, dentro de los valores, uno de los más preciados, en esta etapa de la adolescencia temprana, constituyendo un aspecto indiscutiblemente básico para su desarrollo posterior. Por lo cual es necesario plantear la urgente necesidad de ser apoyado por los de su alrededor (padres, hermanos, escuela, amigos, familia), para poder lograr un desarrollo armónico de acuerdo al momento socio-histórico y cultural en que está viviendo.

Problema y objetivo: ¿reciben los adolescentes en etapa temprana una adecuada orientación integradora de los valores?, ¿asume la familia el compromiso o la convicción de educar en valores al adolescente en edad temprana?, ¿en una

sociedad cada vez más compleja, difícil, cómo es vista la educación en valores por el adolescente en etapa temprana? Por lo antes expuesto, la presente investigación fue realizada con el objeto de promover la educación en valores, resaltando el valor de la Autoestima en el grupo de los/las adolescentes en etapa temprana (10 a 13 años según la Organización Mundial de la Salud), favoreciendo el derecho para reconocerse en toda su complejidad y accionar así en su defensa.

Material y método: paradigma cualitativo. La matriz epistémica: fenomenológica. El enfoque de la investigación es la crítica dialéctica, cuyo fundamento está basado en la Teoría Crítica de Habermas. El método utilizado es la Investigación Acción Participante (IAP) con cinco fases: diagnóstico, planificación, ejecución, evacuación y resultados.

Conclusión: "existe una gran falta de conocimiento a nivel de la adolescencia temprana sobre valores y Autoestima, que dificultan una adecuada formación en el crecimiento y desarrollo de ellos, conllevando repercusiones implícitamente como lo es un inadecuado proyecto de vida". Resultando a tal efecto el planteamiento de recibir más conocimientos sobre valores en las escuelas, la familia, en la sociedad, entre otros.

Recomendaciones: debemos crear estrategias para implementar a nivel del sistema educativo y comunitario conocimientos sobre Autoestima como un valor legítimo que nos permita un desarrollo y crecimiento integral, holístico y así poder realizar un proyecto de vida adecuado en la adolescencia temprana.

3. ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE DOWN EN EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL. EXPERIENCIA EN 3º DE ESO. *Bautista Torá A. Asociación Síndrome de Down de Granada*

Introducción: los jóvenes adolescentes forman parte de una sociedad que les ofrece un ambiente y una libertad con los que tienen acceso a cualquier actividad de ocio sin que se vean limitados por una responsabilidad personal, un respeto a la intimidad del otro, el valor a la vida y a su salud. En este ambiente reciben información por muchos medios que les lleven también a una práctica indiscriminada de su sexualidad.

En los últimos años se ha llevado a cabo en diferentes Institutos y con alumnos de 3º de ESO, el desarrollo de un programa para un proceso de formación afectivo-sexual con

el que se les ha posibilitado una educación que tiene en cuenta criterios que favorecen su salud, su desarrollo sexual y afectivo con responsabilidad. Hoy, muchos jóvenes adolescentes con síndrome de Down cursan también estudios de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en aulas ordinarias de Institutos de Educación Secundaria (IES).

Objetivo: intervenir en la educación del desarrollo personal y sexual de el/la adolescente con síndrome de Down. Ayudar a construir cimientos de actitudes sexuales sanas. Equilibrar tanto la necesidad de protegerlos como la de apoyar su derecho a tomar decisiones.

Método: en tres institutos en que hemos impartido un programa de formación en cursos de 3º de ESO, cursan estudios de forma integrada, y en aula ordinaria, algunos alumnos con síndrome de Down. Siempre se ha contado con su asistencia y participación.

Resultados: al finalizar el proceso, alumnos con síndrome de Down han hecho también preguntas y observaciones que se han respondido de forma individual.

- "¿Por qué no me habían hablado antes de esto?"
- "¿Puedo hablar con mis padres de lo que sé ahora?"
- "¿Por qué tengo síndrome de Down?"
- "Me gusta un compañero y no me dejan salir con él. ¿Qué hago?"
- "Tengo síndrome de Down. Si me caso y tengo un hijo, ¿tendrá también síndrome de Down?"

Conclusiones: la falta de información sobre temas afectivo-sexuales puede dificultar el descubrir su identidad y el relacionarse conscientemente con los demás y con madurez. La integración escolar, que ha podido darse por su desarrollo cognitivo, parece que no ha ido en paralelo con una formación y aceptación de su identidad, afectividad y sexualidad. La omisión de esta formación en edades tempranas podría conducir, más tarde, a un desequilibrio en su personalidad y a poner en peligro su salud.

4. AVERSIONES Y PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE LOS ADOLESCENTES DE 10 A 13 AÑOS DE EDAD, ESCOLARIZADOS EN LA CIUDAD DE SANTANDER. *De-Rufino Rivas PM, Redondo Figuero C, Viadero Ubierna MT, Amigo Lanza T, González-Lamuño Leguina D, García Fuentes M. Área de Pediatría. Dpto. Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Universidad de Cantabria*

Objetivo: describir las aversiones y las preferencias alimentarias de los adolescentes, de ambos sexos, de 10 a 13 años de edad, escolarizados en la ciudad de Santander.

Método: se realizó un estudio transversal, analizando una muestra de 1.061 adolescentes: 518 varones (49%) y 543 mujeres (51%), de edades comprendidas entre los 10 y los 13 años, escolarizados en catorce centros de enseñanza primaria y secundaria de Santander. Para la recogida de datos se empleó un cuestionario en el que el adolescente calificaba de 0 a 10 diferentes bebidas, verduras y hortalizas, frutas, legumbres y grupos de alimentos y dos apartados de respuesta libre sobre sus principales aversiones y preferencias alimentarias.

Resultados: las verduras y hortalizas (59,3%) y las legumbres (17,2%) constituyen las principales aversiones alimentarias de los adolescentes. Por otro lado, los cereales (57,2%) y la carne (12,6%) son los grupos de alimentos preferidos. Las lentejas, la lechuga, la manzana, el agua y la pasta en general fueron los alimentos más valorados dentro de sus respectivos grupos de alimentos y bebidas.

Conclusión: las aversiones y preferencias alimentarias de los adolescentes santanderinos son, en líneas generales, bastante similares a las observadas en otros estudios. Los datos obtenidos pueden ser útiles para seguir las futuras tendencias sobre preferencias alimenticias que, conjuntamente con otros parámetros, permitan caracterizar el comportamiento alimentario de nuestros adolescentes.

5. COMPLICACIONES EXTRA E INTRACRANEALES DE SINUSITIS. *Moreno Jiménez D, Nieto Almeida B*, Serrano MG, Toranzo FG. Hospital Universitario Virgen de la Vega. Salamanca. Servicio de ORL. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico de Salamanca*

Introducción: la sinusitis es una inflamación de la mucosa que reviste los senos paranasales.

En la edad pediátrica el seno más frecuentemente afectado es el etmoidal. Los síntomas comienzan con obstrucción nasal acompañada de rinorrea acuosa, normalmente de origen viral, que puede acabar desarrollando rinorrea espesa y cefalea. En algunas ocasiones las etmoiditis pueden pasar asintomáticas y manifestarse como una complicación de la misma. Las complicaciones de las sinusitis pue-

den ser extracraneales (orbitarias y óseas) e intracraneales (meningitis y abscesos cerebrales). El diagnóstico se realiza con técnicas de imagen (TAC y RMN). El tratamiento es médico-quirúrgico.

Casos clínicos: presentamos 2 casos clínicos, uno de complicación extracraneal (celulitis y absceso subperióstico orbitario) y otro de complicación intracraneal (absceso subdural).

Caso 1: paciente varón de 16 años, que acude a Urgencias por presentar celulitis orbitaria derecha sin fiebre ni afectación de la visión. Días antes había presentado un cuadro de obstrucción nasal y rinorrea.

Pruebas complementarias: TAC craneal-orbitario: Sinusitis etmoidal bilateral, absceso subperióstico orbitario y celulitis orbitaria derecha.

Se instaura tratamiento antibiótico y corticoideo, repitiendo el TAC a las 48 horas, objetivando buena evolución. Tras 7 días de tratamiento hospitalario y buena evolución, se da alta al paciente y se realiza una cirugía endoscópica nasosinusal 3 semanas después, de manera programada.

Caso 2: paciente varón de 15 años, que acude a urgencias por cefalea resistente al tratamiento, signos meníngeos y febrícula de 48 h de evolución. Presentó un cuadro rinítico-catarral en los 7 días previos.

Exploración física: cuadro confusional, agitación motora, febrícula, signos meníngeos positivos.

Pruebas complementarias: punción lumbar: compatible con meningitis, TAC: realce de duramadre sugerente de meningitis. Se ingresa en UVI para tratamiento y tras empeoramiento se repite a las 48 horas TAC cerebral y se aprecia absceso subdural frontal y sinusitis frontoetmoidal.

Se realiza tratamiento quirúrgico (neuroquirúrgico y ORL), con posterior buena evolución.

Conclusiones: las complicaciones de las sinusitis son una circunstancia infrecuente, pero de extrema gravedad, por la importancia de las estructuras anatómicas que rodean los senos paranasales. Se acompaña de una elevada morbimortalidad si no se diagnostica precozmente. Las técnicas de imagen (TAC-RMN), la antibioterapia de amplio espectro y el tratamiento quirúrgico han disminuido notablemente su letalidad. El tratamiento suele ser quirúrgico y multidisciplinar de la complicación (ORL, Neurocirugía, Oftalmología).

6. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MENOR DE EDAD. 200 ENCUESTAS SOBRE LAS ACTITUDES DE LOS MÉDICOS. *Sánchez Jacob M¹, Martínez González C², Riaño Galán I³.* ¹C.S La Victoria, Valladolid, ²C.S Parla Madrid. ³Hospital San Agustín. Avilés

Dada la trascendencia que está adquiriendo en la práctica asistencial la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente, desde la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica se está llevando a cabo un trabajo para conocer la opinión de los profesionales en este sentido. Existen muy pocos estudios de opinión, por lo que se ha elaborado una encuesta dirigida a médicos con el fin de cubrir este vacío.

La encuesta consta de datos de filiación y 13 preguntas de respuesta abierta, distribuyéndose a médicos de hospital y de Atención Primaria de tres Comunidades Autónomas.

Se han procesado las primeras 200 encuestas, obteniéndose los siguientes resultados: el 47% de los encuestados desconocen cuál es la mayoría de edad sanitaria. Sólo el 32% utilizan la firma del menor en el consentimiento informado (CI). El 26% se sienten incómodos al tratar de mantener la confidencialidad en materia sanitaria pues le plantea problemas morales. El 55% desconocen la doctrina del menor maduro. Sólo el 39% piensan que la capacidad de decisión del menor debe ser valorada por el médico del paciente. Un 5% no prescriben la píldora postcoital sin el conocimiento de los tutores.

Se concluye un escaso conocimiento por parte de los profesionales respecto a la teoría del menor maduro y a la capacidad de autonomía del menor, así como una baja implantación del CI y dificultades para mantener la confidencialidad ante sus tutores. Por todo ello, se requiere un importante esfuerzo de formación acerca del menor con capacidad de consentir.

7. DECÁLOGO DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA. *Rodríguez Molinero L, Garrido M.* Centro de Salud Huerta del Rey y Tórtola. Valladolid

Objetivo: elaborar un folleto divulgativo. Práctico, sencillo y orientativo para aquellos adolescentes, padres o interesados en la educación afectiva de los adolescentes.

Material y métodos: se han revisado las guías clínicas de los últimos 5 años relacionadas con la Pediatría preventiva,

la Higiene infantil y la Puericultura. Se elaboraron unas orientaciones en forma de decálogo al uso, de otras recomendaciones sanitarias. Dichas orientaciones han sido comentadas, criticadas y corregidas por autores españoles del mundo académico de la sexualidad y la sociología juvenil. El decálogo se ha pasado en el año 2004 por los alumnos del Instituto de Enseñanza Secundaria "Emilio Ferrari" de Valladolid, de aproximadamente 800 alumnos. Los alumnos fueron los últimos en corregir la forma del texto para que fuera comprensible, inteligible y capaz de cumplir el fin que se perseguía, que es orientar en las dificultades de los adolescentes en este tema.

Resultados:

1. Todo adolescente tiene derecho a entenderse y relacionarse con los demás a través de su intimidad sexual.
2. La forma de vivir la sexualidad se aprende en la familia, la escuela, los medios de difusión, los grupos sociales y en las ideologías y modas del momento.
3. Tienes el derecho y el deber de informarte, para que puedas vivir bien la dimensión afectiva y para resolver mejor tus problemas sexuales. Escucha y lee pensando que muchas cosas son relativas y pocas veces existen verdades absolutas.
4. Habla con tus padres, hermanos, amigos, chicos o chicas, eso te puede ayudar a resolver dudas y sentirte comprendido y apoyado.
5. No pierdas las buenas maneras ni las formas sociales que te faciliten expresar tus sentimientos, deseos y opiniones. Es bueno que sepas elogiar y decir cosas agradables a los demás.
6. Toma tus propias decisiones sin dejarte presionar por los demás, aunque es bueno que tengas en cuenta las opiniones de las personas que te quieren.
7. Sé tolerante con los demás y contigo mismo. No te sientas culpable de tus deseos o de las cosas que te pasan y tómalas como algo positivo.
8. Acepta los valores de las sociedades democráticas. Los adolescentes deben vivir su sexualidad dentro de los valores aceptados y los derechos humanos, independientemente del credo de cada uno.
9. Asume la responsabilidad de evitar las prácticas sexuales de riesgo y de compartir las consecuencias. Planifica de manera segura y responsable tu actividad sexual,

haz participar al otro de esta responsabilidad y resolver juntos los problemas.

10. Pide ayuda cuando te veas en apuros o no sepas resolver tus conflictos.

Si tienes en cuenta estas indicaciones, podrás tener una actividad sexual enriquecedora que te hará disfrutar de la vida y del placer, del afecto y el amor en la relación con los demás.

Conclusiones: desde que se elaboró este documento, se ha estado ofreciendo a los usuarios de nuestra consulta de pediatría con una buena aceptación. Esta experiencia nos ha llevado a presentar este decálogo para que pueda ser difundido entre los profesionales interesados.

8. ENFERMEDAD DE KAWASAKI Y LIONIZACIÓN DEL CROMOSOMA X EN PACIENTE ADOLESCENTE PORTADORA DE HEMOFILIA A. *Nieto Almeida B, Fernández Álvarez D, Muriel Ramos M, García Llorente G, De Goicoechea E, Alberca Silva T. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca*

Introducción: la enfermedad de Kawasaki es una vasculitis aguda multisistémica propia de la infancia, caracterizada por fiebre, lesiones en mucosas, conjuntivitis, exantema y adenopatías. Su diagnóstico es clínico, basado en el cumplimiento de criterios diagnósticos. Se desconoce la incidencia exacta de la enfermedad pero en países de nuestro entorno se estima en 8 casos/100.000 habitantes y año.

En menores de seis meses o mayores de seis años es muy infrecuente y se asocia a mayor riesgo de aparición de aneurismas coronarios. La aparición durante el período de la adolescencia es excepcional.

Su etiología es multifactorial, en parte todavía desconocida. Actualmente, es la causa de cardiopatía adquirida más frecuente en la infancia. El diagnóstico precoz es fundamental para prevenir las complicaciones tardías. Existen formas atípicas o incompletas más difíciles de diagnosticar por lo inusual de su forma de presentación.

Por otro lado, destacar que existen mujeres portadoras de hemofilia A que pueden tener concentraciones muy bajas de FVIII, comportándose como los varones enfermos.

Caso clínico: se presenta el caso de una adolescente de 16 años que consulta por fiebre elevada de 7 días de evolución, que no mejora pese al tratamiento antibiótico, adenopatías cervicales, exantema polimorfo e hiperemia con-

juntival. Tras numerosas consultas en Servicio de Urgencias y numerosas exploraciones complementarias, cumple criterios de Enfermedad de Kawasaki. No presenta alteraciones cardiológicas. Tras la administración de gammaglobulina iv el cuadro se resuelve.

En las revisiones llama la atención la existencia de hematomas muy frecuentes de aparición ante mínimos traumatismos y espontáneos, así como menstruaciones muy abundantes. Presenta coagulación sistemática persistentemente normal. Se remite a Hematología para estudio, diagnosticándose de portadora de hemofilia A grave, buena respondedora a tratamiento con ADVP.

9. IMAGEN CORPORAL, HÁBITOS NOCIVOS Y BULLYING ENTRE ADOLESCENTES. COMPARACIÓN ENTRE UN ENTORNO SEMIRRURAL Y UN ENTORNO URBANO. *Rodríguez García J¹, Díaz Vázquez CA¹, González Guerrero L², Domínguez Aurrecochea B², Labra Álvarez R², Martínez Fernández P³, Fernández Fernández M⁴. ¹EAP de Moreda (Aller). Área 7. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ²EAP de Otero (Oviedo). Área 4. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ³IES Valle de Aller (Moreda). ⁴IES Leopoldo Alas Clarín (Oviedo)*

Objetivo: evaluar aspectos relacionados con la salud y estilos de vida en los adolescentes comparando dos entornos geográficos: semirural (SR) y urbano (U).

Métodos: estudio transversal mediante encuesta anónima autocumplimentada. La encuesta constaba de 25 preguntas. En la presente comunicación se muestran los resultados de: imagen corporal y dieta, hábitos nocivos, y *bullying*. Previo al estudio se recabó el consentimiento informado de los participantes y también de los padres en el caso de los menores. La encuesta se realizó en el Instituto de educación secundaria de cada una de las poblaciones participantes en el estudio.

Cumplimentaron la encuesta 173 adolescentes de 16 a 18 años: 86 en el entorno semirural (52 mujeres) y 87 en el urbano (45 mujeres). Se realizó una valoración de los datos para cada entorno SR y U; así como una comparación de proporciones para muestras independientes (IC 95%) con el programa EPIDAT 3.1. Cuando los resultados no son significativos (NS) entre los dos subgrupos SR y U, el resulta-

do que se muestra es el valor obtenido para el conjunto del grupo de estudio. Cuando el resultado entre los entornos da una diferencia significativa (*) se muestran los valores de cada uno de los subgrupos.

Resultados: *imagen corporal y dieta.* Se definen como gordos el 13,3% (NS) y 14,5% como delgados (NS). El 26,6% han hecho dieta alguna vez (NS) y el 8,7% la estaban haciendo en el día de la encuesta (NS). Por sexos, el 79,1% de las mujeres-SR y el 45,5% de las mujeres-U (*p 0,03) hacían o habían hecho dieta.

Hábitos nocivos. El 60,7% han fumado en algún momento (NS) y el 23,1% fuman en el momento actual (NS). El pico de inicio de consumo se produce a los 13, 14 y 15 años (NS).

El 75,1% considera que la Ley Antitabaco no es eficaz (NS), si bien ha influido en el consumo de los adolescentes-SR y no ha repercutido en los adolescentes-U (*p 0,02).

El 90,7% han consumido alcohol en algún momento (NS), el 70% beben ocasionalmente (NS) y el 9,8% de forma habitual (NS). El inicio del consumo tiene su pico a los 14 y 15 años (NS). El 79,7% consumen bebidas de baja graduación (NS) y el 80,4%, de alta (NS). El 69,4% han participado en un botellón alguna vez (NS) y el 48,6% lo sigue haciendo (NS).

El 64,7% han probado en alguna ocasión otras sustancias de abuso (NS). Por orden, las más consumidas son marihuana (38,2%, NS) y cocaína (5,8%, NS). El 17,9% consume en la actualidad, marihuana (NS).

Bullying. El 18,5% declaran conocer casos de compañeros que sufren bullying en su clase (NS). El 25,3% de los adolescentes-U y el 10,5% de los adolescentes-SR dice estar sufriendo o haber sufrido *bullying* (*p 0,001). Solo el 2,9% indica estar sufriendolo en el momento actual (NS).

Ante la situación, pasada o presente, de bullying informaron a sus padres el 50% de los adolescentes-U y el 100% de los adolescentes-SR (*p 0,02); y a los profesores, el 35,5% (NS).

Conclusiones:

1. Aunque la mayor parte se consideran de peso normal, uno de cada cuatro ha realizado dieta.
2. Se aprecia un elevado consumo (anterior y actual) de sustancias nocivas.
3. Alta percepción de existencia de *bullying* en el aula.
4. Globalmente, se constatan pocas diferencias entre los entornos semirural y urbano.

10. "KLAN-DESTINO" ALTERNATIVAS DE TIEMPO LIBRE PARA ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL. Hernández Sánchez MP y Equipo Alfalar. Centro Alfalar-Asociación Cultural L'Abeyera. Oviedo-Asturias

Objetivo: el trabajo ha tenido por objeto ofrecer alternativas de tiempo libre para chicos/as de un barrio de la ciudad de Oviedo, favoreciendo el sentido de grupo (Klan) y buscando despertar motivaciones hacia lo profesional (Destino).

Material y métodos: se ha realizado con un grupo de 15 chicos y chicas de 14 a 17 años en situación de riesgo social. En los miembros del grupo se dan situaciones de absentismo, fracaso escolar, desventaja cultural por procedencia de otros países, consumo esporádico de drogas, causas judiciales por delitos menores y riesgo de abandono del domicilio familiar.

Ha desarrollado este programa un equipo de 5 educadores en un Centro Socioeducativo. Se han realizado sesiones en horario de tarde, de lunes a viernes y fines de semana, de enero a diciembre de 2006, en dos temporadas (enero-julio y septiembre-diciembre).

La intervención empleada trata de hacer a los sujetos protagonistas de su aprendizaje, parte de la creación de un clima de confianza, trata de generar experiencias de éxito personal y mejorar las habilidades sociales. Se trata de acompañar experiencias cotidianas y vivir experiencias nuevas de asomo a lo profesional, para favorecer resultados positivos.

Actividades realizadas: imagen y cuidado personal. Actividades relacionadas con el aspecto físico (maquillaje, tatuajes, peinados), con el bienestar personal y otras de habilidades manuales (realización de pulseras, broches, colgantes) se han trabajado aspectos relacionados con la imagen personal.

- *Taller de vídeo.* Partiendo de su entorno y de sus personas realizaron un corto en el que se presentaron los miembros, realizaron entrevistas en el barrio y recogieron momentos festivos del Centro.
- *Asambleas.* Reuniones de grupo en las que se favorecieron habilidades sociales y se tomaron decisiones sobre las actividades de tiempo libre del grupo.
- *Cena del euro.* Los viernes por la noche después de la asamblea, el grupo se encuentra, decide la cena, se compran los ingredientes, se cocina y se comparte el plato cocinado.
- *Ciber.* Se utiliza el aula de informática del centro como ciber.

- *Taller de prensa.* Se elabora la publicación "La Hoja de L'Abeyera" con noticias de los grupos del Centro; además de entrevistas, recetas, pasatiempos...

Resultados: la asistencia al taller se ha mantenido en un 70%, durante todo el año. En los últimos seis meses no ha habido notificaciones judiciales, se ha reducido el número de expulsiones escolares y ha aumentado la motivación de cuatro participantes respecto a cursar actividades regladas (escuela taller, módulos profesionales de mecánica y estética) al terminar la etapa secundaria obligatoria.

Conclusiones: constatamos que, cuando se ofrece a los chicos una referencia educativa estable y sienten que se confía en ellos, se abren al diálogo, se consideran capaces de emprender situaciones nuevas y de realizar esfuerzos. Esta actividad posee un efecto multiplicador, ya que, además de los diálogos individuales de los educadores con los chicos/as, las acciones en grupo favorecen el reconocimiento personal ante otros y el sentimiento de pertenencia, tan importante en los chavales de estas edades.

11. MIGRAÑA COMPLICADA: HEMIPLEJÍA AGUDA. *Romero Hombrebueno N, Benito Gutiérrez M, García Pose A, Martínez Bermejo A. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid*

Introducción: la cefalea representa el motivo de consulta neurológica más frecuente en el adolescente. En un 20% de los casos los episodios de migraña son precedidos de signos de focalidad. Esto plantea dificultades diagnósticas, especialmente cuando se trata del primer episodio.

Caso clínico: presentamos el caso de una niña de 12 años, previamente sana, que comienza con un cuadro subagudo de pérdida de fuerza del miembro superior derecho y afasia expresiva. A las pocas horas, desarrolla cefalea pulsátil frontal intensa. La exploración neurológica no revela otras alteraciones. El fondo de ojo y la tomografía computarizada cerebral fueron normales. En el electroencefalograma (EEG), focalidad de ondas lentas sobre región parietal izquierda. Recibe tratamiento analgésico intravenoso. A la hora de su llegada comienza con náuseas y vómitos, se intensifica el dolor y presenta mejoría de la sintomatología focal, con resolución completa del

déficit en 24 horas. El EEG al alta es normal. La cefalea cede a las 48 horas.

Discusión: la migraña afecta aproximadamente al 5% de la población infantil y supone un trastorno crónico que repercute en la calidad de vida de los pacientes. La migraña con aura no es frecuente y los tipos motor y disártrico-disfásico son los menos habituales. En la última Clasificación Internacional de las Cefaleas (ICHD, 2004), además de la migraña hemipléjica familiar, se recoge el subtipo de migraña hemipléjica esporádica dentro del grupo de migraña con aura. El enfoque etiológico inicial debe plantear un posible origen cerebrovascular, metabólico, infeccioso, traumático, tumoral y epiléptico. En la mayoría de los casos, una historia clínica detallada y la exploración física sistematizada son suficientes para alcanzar un diagnóstico de exclusión.

Aunque se trata de un cuadro benigno, la vasoconstricción cerebral que origina el aura puede superar el umbral de hipoxia celular y generar un infarto isquémico, con secuelas a largo plazo.

Como vemos, las crisis de migraña pueden tomar un carácter polimorfo y abigarrado; esto genera gran angustia familiar y, en ocasiones, son necesarias pruebas de imagen para descartar organicidad. Aun así, reconocer el espectro de manifestaciones que pueden presentarse nos permitirá evitar la realización de estudios complementarios innecesarios y proponer un tratamiento efectivo de forma precoz.

12. NEUROBLASTOMA RECURRENTE EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE. *García Llorente G, Nieto Almeida B, Muriel Ramos M, Fernández Álvarez D, Prieto Matos P, Gorozarri B. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca*

Objetivo: describir las manifestaciones clínicas y analíticas, así como el impacto psicológico de la patología oncológica recurrente en una paciente adolescente.

Caso clínico: se presenta un caso de neuroblastoma recidivante. Se trata de una niña de once años que acude a urgencias por sospecha de pielonefritis. Se realiza ecografía renal, evidenciándose masa tumoral dependiente de suprarrenal izquierda.

Sin antecedentes familiares de interés.

Antecedentes personales: ITU a los 4 y 5 años.

EF: masa en hipocondrio izquierdo, puñopercusión renal positiva.

Exploraciones complementarias: hemograma: leucocitosis con neutrofilia. PCR: 25,4 mg/dL. VSG 100, catecolaminas y ácido vanilmandélico en orina: normales. Enolasa neuronal específica: 25. TAC: tumoración dependiente de suprarrenal izquierda que se extiende a hemiabdomen derecho. Gammagrafía con MIBG: depósito patológico en suprarrenal izquierda. Gammagrafía con Tc 99 m: sin depósito óseo.

Ante sospecha de neuroblastoma se realiza resección quirúrgica. El estudio histológico confirma el diagnóstico. Sin amplificación de N-myc. Cromosoma 1p normal. Durante el tratamiento quimioterápico presenta ITU de repetición, alopecia y citopenias severas. Remisión completa día + 120.

Al año y seis meses del diagnóstico aparecen metástasis supraclaviculares, que se resecan. A los tres años y dos meses del diagnóstico, presenta recaída: adenopatías retroperitoneales, con lo que se inicia I- MIBG terapéutico. Como efectos secundarios desarrolla cistitis hemorrágica, hipogonadismo hipergonadotropo (motivo por el cual se indujo la pubertad) e hipotiroidismo primario. Posteriormente se trata con ácido 13 cis-retinoico como agente de diferenciación hacia fenotipo normal.

Actualmente, la paciente tiene 21 años, está en remisión completa y en tratamiento con levotiroxina, magnesio.

Conclusiones: el neuroblastoma es un tumor cuya incidencia en la infancia oscila entre 6 y 13 casos por millón de habitantes. Es el tumor más frecuente en el primer año de vida y su incidencia va disminuyendo hasta la adolescencia. El 90% de los niños son menores de 5 años. Un 3% son mayores de 10 años. La edad es un factor pronóstico importante, mejor en menores de 1 año.

En nuestro caso clínico, la paciente recidiva en varias ocasiones, precisando diversos tratamientos, con importantes efectos secundarios para una adolescente, como la alopecia, que llegó a precisar medidas psicoterapéuticas, así como la hipoacusia, la nefrotoxicidad y el hipogonadismo. Interesa destacar la importancia de las enfermedades oncológicas en este grupo de edad, por la afectación de la calidad de vida que conllevan, tanto la enfermedad como el tipo de terapéutica agresiva que se utiliza, haciendo hincapié en el modo de tratar a estos enfer-

mos, para evitar, en la medida de lo posible, las secuelas psicológicas.

13. PATOLOGÍA BENIGNA DE LA LARINGE. A PRO- PÓSITO DE 3 CASOS. *Moreno Jiménez D, Nieto Almeida B*, Serrano MG, Toranzo FG. Servicio de ORL. Hospital Universitario Virgen de la Vega. Salamanca. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico de Salamanca*

Introducción: la patología benigna de la laringe, cuyo síntoma más frecuente es la disfonía, es relativamente frecuente en la adolescencia. La anatomía de la laringe se ve sometida a cambios durante la adolescencia, en los que esfuerzos vocales pueden contribuir al desarrollo de estas lesiones. El diagnóstico se realiza con una anamnesis detallada (antecedentes personales, hábitos vocales, personalidad del paciente...) y una exploración laríngea (laringoscopia directa). El tratamiento es quirúrgico con posterior rehabilitación foniatría.

Casos clínicos

Caso 1: paciente mujer de 17 años, con disfonías fluctuantes desde hace 6-7 años, que empeoran con esfuerzos vocales. Exploración: laringoscopia directa, nódulos bilaterales laríngeos. Tratamiento: microcirugía laríngea con exéresis de ambos nódulos y posterior rehabilitación foniatría.

Caso 2: paciente mujer de 16 años, que presenta disfonías de 1- 2 años de evolución, que empeoran con esfuerzos vocales y, en algunas ocasiones, afonías totales. Exploración: laringoscopia directa, pólipo en la cuerda vocal derecha.

Tratamiento: microcirugía laríngea con exéresis de pólipo y posterior rehabilitación foniatría.

Caso 3: paciente mujer de 17 años, que presenta disfonías de 1 mes de evolución, tras asistir a un concierto. Exploración: laringoscopia directa, pólipo angiomatoso cuerda vocal izquierda. Tratamiento: microcirugía laríngea y exéresis de pólipo y posterior rehabilitación foniatría.

Conclusión: las disfonías asociadas a patología benigna de la laringe, durante la adolescencia, suelen estar asociadas a un abuso de la voz, sobre una laringe en proceso de maduración. Es más frecuente en mujeres que en varones.

En la disfonía, se tiene que hacer diagnóstico diferencial con la patología maligna de laringe (parálisis de cuerdas vocales, papilomatosis laríngea...). Estas lesiones no malignizan.

El tratamiento es quirúrgico y la rehabilitación foniatría posterior es fundamental para evitar la reaparición de la lesión.

14. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON ADOLESCENTES PRIVADOS DE SALUD. *Esteve Martínez M, Gutiérrez Lozano M, Herrería Sánchez C, Magnet Benito C, Somoano García O. Centro de trabajo: Unidad Escolar. Centro Materno Infantil. Hospital Universitario Central de Asturias*

Objetivo: dar una respuesta educativa en el hospital y en el domicilio para garantizar la evaluación y promoción académica del alumnado con problemas de larga enfermedad, destacando la importancia terapéutica de esta medida.

Material y método: los estudios estadísticos relacionados con las estancias hospitalarias del alumnado, los recursos organizativos utilizados en el sistema escolar ordinario, junto con los de la propia unidad escolar hospitalaria, los recursos tecnológicos y la reflexión continua de la práctica diaria, nos llevan a utilizar las siguientes estrategias metodológicas para conseguir la continuidad del proceso enseñanza-aprendizaje.

- a) Atención escolar personalizada adaptada al nivel académico del alumnado y a las condiciones de salud.
- b) Atención formativa y lúdica que ayude al desarrollo afectivo, social y comunicativo del alumnado, favoreciendo la ocupación del tiempo libre y ocio.

Resultados: con la aplicación de estos programas se obtienen los siguientes resultados:

1. Se favorece la actividad frente a la pasividad provocada por la enfermedad.
2. Se continúan las tareas escolares obteniendo buenos resultados académicos.
3. Se logra la integración positiva en el centro.
4. Se consigue la promoción académica.

Conclusiones: conseguir la integración de los alumnos en su nivel de escolarización sin desfase curricular, en el momento en que se produzca el final de su hospitalización o convalecencia en el domicilio, realizando un seguimiento conjunto, con la familia, Centro Educativo y Personal Sanitario del proceso de integración.

15. SEXUALIDAD RESPONSABLE Y ADOLESCENCIA TEMPRANA. *Petrella R. Médico Especialista II en Pediatría y Puericultura. Hospital Dr. Miguel Malpica. Guacara. Profesora de la Universidad de Carabobo. Doctorando de Ciencias Médicas. U.C. Unidad de Investigación en Salud Reproductiva del Adolescente. UNISAR/ FCS/UC. Venezuela*

Resumen: la sexualidad es una expresión de la integración de los valores como el respeto, la consideración, el amor a sí mismo y al prójimo, las creencias, actitudes, actividades, prácticas, funciones y relaciones. De tal manera, la sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son componentes de su salud y desarrollo integral e incluye temas como sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, apego emocional, amor y reproducción. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, siendo la familia la que tiene mayor influencia en la construcción de las bases para la conducta sexual de los adolescentes. Por otro lado debemos reconocer que la sexualidad es parte natural del proceso de desarrollo humano, y que las sociedades y los países deben definir qué consideran ellos un adolescente sexualmente sano, de acuerdo a las etapas del desarrollo.

Problema y objetivo: ¿reciben los adolescentes en etapa temprana una adecuada orientación integradora sobre salud sexual? ¿asume la familia el compromiso o la convicción de educar en sexualidad al adolescente en edad temprana? ¿en una sociedad cada vez más compleja, difícil, cómo es vista la educación sexual por el adolescente en etapa temprana? Por lo antes expuesto, la presente investigación fue realizada con el objeto de promover la educación sexual, resaltando la sexualidad en el grupo de los/las adolescentes en etapa temprana (10 a 13 años según la Organización Mundial de la Salud), favoreciendo el derecho para reconocerse en toda su complejidad y accionar así en su defensa.

Material y método: paradigma cualitativo. La matriz epistémica: fenomenológica. El enfoque de la investigación es la crítica dialéctica, cuyo fundamento está basado en la Teoría Crítica de Habermas. El método utilizado es la Investigación Acción Participante (IAP) con cinco fases: diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación y resultados.

Conclusión: "existe una gran falta de conocimiento a nivel de la adolescencia temprana sobre salud sexual y sexualidad, que dificultan una adecuada formación en el

crecimiento y desarrollo de ellos, conllevando repercusiones implícitamente como lo es un inadecuado proyecto de vida, embarazo no deseado o no planificado, infecciones de transmisión sexual, deserción escolar, entre otros riesgos". Resultando a tal efecto el planteamiento de recibir más conocimientos sobre salud sexual y sexualidad en las escuelas, la familia, en la sociedad, entre otros.

Recomendaciones: debemos crear estrategias para implementar, a nivel del sistema educativo y comunitario, conocimientos sobre salud sexual y sexualidad, como un valor legítimo que nos permita un desarrollo y crecimiento integral, holístico y así poder realizar un proyecto de vida adecuado en la adolescencia temprana, incluyendo quizás la figura del Adolescente Líder Sexual Comunitario.

16. SITUACIÓN DE LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE MANLLEU, BARCELONA. *Rifà Pujol MA, Coromina Pou E. Pediatra ABS Tona, Enfermera Pediátrica ABS Manlleu. Barcelona*

El estudio que se presenta a continuación es un apartado de los nueve que incluye la investigación ¿cómo estáis adolescentes de Manlleu?, realizado por un equipo de Pediatría del Centro de Atención Primaria de Manlleu (Barcelona), subvencionado por el Ayuntamiento de Manlleu y el Instituto Catalán de la Salud.

Objetivos: analizar la situación de salud acerca de la sexualidad de la población adolescente escolarizada en este municipio, para: Identificar comportamientos, hábitos y conocimientos respecto a su sexualidad; relacionarlos con su entorno familiar y social; reconocer la población en situación de riesgo; orientar estrategias para promover cambios en los estilos de vida de los adolescentes de riesgo y fomentar la educación para la salud como medida de actuación preventiva en la adolescencia.

Material y métodos: la población estudiada la constituyen 805 alumnos de 3^{er} y 4^o de educación secundaria obligatoria (ESO) y 1^o y 2^o de Bachillerato (Bach) de los tres centros educativos, escolarizados en el 2003. Es un estudio descriptivo, de tipo transversal, se utilizó un cuestionario validado, anónimo y autoadministrado. Se entregaron 778 cuestionarios (alumnos presentes); 666 (86%) debidamente cumplimentados; 334 (50,3%) son chicos y 332 (49,7%) son chicas.

Variables independientes: sexo, curso y origen: Marruecos 8% (43), el resto del Estado Español. Variables dependientes: datos personales, familia, escuela, salud, problemas personales, consumo de drogas, seguridad vial, sexualidad y alimentación. Variables determinantes (protectoras de conductas de riesgo): la buena relación con la familia y los profesores, el buen rendimiento académico, un alto grado de religiosidad, gustar ir a la escuela y realizar ejercicio físico voluntario, fuera de la escuela. El cuestionario fue registrado en una base de datos ACCESS y, posteriormente, transformado al programa estadístico SPSS, a través del cual se realizó el análisis.

Resultados: el 16% de los chicos y el 14% de las chicas han tenido relaciones sexuales coitales. La edad media de la primera relación sexual coital es de $15,4 \pm 1,2$ años en las chicas y de $14,8 \pm 2,1$ en los chicos. El 23% de los jóvenes han tenido más de una pareja sexual en el último año. La actividad sexual es más alta en las chicas y aumenta con la edad. El 86% utilizan preservativo, el 9%, coito interrumpido y el 5% no utilizan ningún método, razón principal: "no haber pensado en ello". El 34% de las chicas y el 27% de los chicos, en alguna ocasión o a menudo, no han utilizado ningún método contraceptivo, sobre todo los más jóvenes. La píldora postcoital la han utilizado una vez el 13,4% de las jóvenes y más de una vez el 4,1%. El 54,6% no han tenido relaciones sexuales por que no se ha presentado la ocasión o no han encontrado la persona adecuada; el 28% prefieren esperar a ser más mayor.

Conclusiones: la población estudiada en el conjunto de variables dependientes tiene un perfil saludable con ciertos matices, debido a la presencia de factores de riesgo relacionados con la conducta sexual como: edad de la primera relación, número de parejas sexuales coitales, actividad sexual coital, poca protección en el uso de medidas de evitación del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Con el fin de influir en el cambio de comportamientos y hábitos poco saludables en relación a su sexualidad, tendríamos que: reforzar las conductas positivas en lugar de sancionar las negativas; incentivar la educación para la salud en la escuela ("*Programa Salut i Escola*"); incentivar el diálogo entre padres e hijos en temas de sexualidad; implicar a las instituciones sanitarias sociales y municipales para que actúen con convicción ante las necesidades de nuestros jóvenes.

17. VALORACIÓN DEL NIVEL NUTRICIONAL DE LOS ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS DE EDAD, ESCOLARIZADOS EN LA CIUDAD DE SANTANDER. *Redondo Figuera C, De-Rufino Rivas PM, Viadero Ubierna MT, Amigo Lanza T, González-Lamuño Leguina D, García Fuentes M. Área de Pediatría. Dpto. Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Universidad de Cantabria*

Objetivo: valorar el nivel nutricional de los adolescentes, de ambos sexos, de 10 a 14 años de edad, escolarizados en la ciudad de Santander.

Método: se realizó un estudio transversal, analizando una muestra de 1.365 adolescentes: 678 varones (49,7%) y 687 mujeres (50,3%), de edades comprendidas entre los 10 y los 14 años, escolarizados en catorce centros de enseñanza primaria y secundaria de Santander. Para la recogida de datos se empleó el cuestionario Krece Plus (estudio enKid), que permite clasificar a los adolescentes en tres categorías: test 9: nivel nutricional alto o riesgo nutricional bajo; test 6-8: nivel nutricional medio y test 5: nivel nutricional bajo o riesgo nutricional alto.

Resultados: un total de 432 (34,6%) adolescentes fueron clasificados con un nivel nutricional bajo, 661 (48,4%), con un nivel medio y 232 (17,0%), con un nivel nutricional elevado. La distribución según el sexo permite observar cómo las mujeres presentan un nivel nutricional alto más elevado (19,6%) que los varones (14,3%). Por otro lado, se constata cómo los adolescentes santanderinos presentan un peor nivel nutricional (34% con nivel nutricional bajo) que sus coetáneos en el ámbito nacional (22,7% con un nivel nutricional bajo) ($p = 0,00000002$).

Conclusión: los datos obtenidos ponen de manifiesto una situación muy preocupante. El elevado porcentaje de adolescentes que presentan un riesgo nutricional elevado hace necesario que se refuercen o se ideen nuevos programas de educación nutricional que puedan ser desarrollados en diferentes ámbitos: escolar, familiar, etc.

18. "YO TENGO, YO SOY, YO ESTOY, YO PUEDO". *Neira M, Higuera P, Rosón M, Rodríguez LM. Hospital de León*

Objetivo: intentar una somera valoración de la situación personal de un grupo de adolescentes que viven en

una pequeña ciudad de Guatemala, preguntándoles sobre su estado de salud, familiar, económico, educación sexual, "miedos" y "visión de futuro"; enfrentando sus respuestas a las emitidas por un grupo similar de adolescentes españoles tras pasar la misma encuesta.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal; con dos grupos de adolescentes: rango de edad entre 13-18 años, uno de los cuales vive en un país desarrollado (muestra E – España–) y otro en vías de desarrollo (muestra G –Guatemala–), tamaño muestral (muestra E: n=30 y muestra G: n=30), distribución por sexo, selección aleatoria, en el ambiente de un aula escolar y durante el tiempo de tutoría, responden de forma directa y anónima a una misma encuesta que incluye una serie de preguntas sobre los aspectos recogidos anteriormente en el objetivo.

Resultados: las mayores diferencias sanitarias se reflejaron en el crecimiento, patologías detectadas en exploraciones rutinarias de pacientes "asintomáticos" (hasta el 80% en G: parasitosis, caries, raquitismo...), demanda sanitaria (un 33% en G frente a un 60% en E que han ingresado en alguna ocasión) y gasto farmacéutico, coincidiendo los motivos de consulta más frecuentes (abdominalgias y cefaleas). A nivel familiar, la diferencia más importante es la falta de la figura paterna (el 100% en la muestra E refieren convivir con sus dos padres, frente a un 30% en G que refieren vivir sólo con la madre) y el número de hermanos en el núcleo familiar (en E el 50% tienen un único hermano, frente a G, en que el 80% tiene tres ó más). En el aspecto económico difieren en la percepción del principal gasto familiar (el 70% en E: "vivienda", el 80% en G: "alimentación"), condiciones higiénicas de la vivienda (en G: un 25% no cuentan con sanitario en la vivienda y sólo un 15% tienen agua caliente), gasto en vestido, viajes y regalos en días "especiales"; además de la independencia económica de la madre como trabajadora remunerada (20% en G y un 75% en E). La formación sexual resultó difícil de valorar en los grupos (no se expresan libremente ante un desconocido). Los "miedos" que refieren son distintos tanto en la causa (mayor violencia física incluso familiar, hasta en un 75% en G recuerdan cómo la última vez que lloraron fue por una agresión física por parte de un familiar y en la proximidad a las armas, en G el 100% dicen que han oído algún disparo en su entorno), como en la forma de expresión. La "visión de futuro" fue similar en ambos grupos (les gustaría formar su pro-

pia familia en el 100% de la muestra E y en el 98% de la G, entre otras respuestas), exceptuando la ambición por bienes materiales y su cuantía (mayor ambición en G pero de bienes de menor valor económico que los esperados por E).

Comentarios: si pensamos en el concepto de “familia como unidad básica de salud” se entiende que la salud en los adolescentes de países en vías de desarrollo sea deficitaria. Siendo la adolescencia una de las etapas más vulnerable ante grupos de manipulación psicológica (“maras”) favorecidos por la frecuente desestructuración familiar, se justifica la gran adherencia a ellos en estos países. El maltrato en el adolescente (físico, psíquico o por omisión) favorece la aparición de trastornos de conducta, drogodependencias,

embarazos no deseados, trastornos en el ánimo e intentos de suicidio e incluso menos desarrollo del cociente intelectual. Ellos no pueden escapar a su entorno, preguntándose: ¿por qué tengo que sufrir tanto? (intelectualizan) y, ¿cómo voy a ser feliz pese a ello? (sueñan). Así, en nuestro grupo de estudio se refleja, principalmente en su visión de futuro, el hecho de que, en las peores condiciones de riesgo, sobreviven con menor daño del esperado y algunos incluso con la impresión de no haber sufrido ningún daño; recordando así el concepto de “resiliencia” como capacidad universal, que permite a una persona, grupo o comunidad, minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad y, a partir de ella, poder fortalecer la vida de las personas.